Tom I. *Październik 1899.* № 10.

CZASOPISMO LEKARSKIE

Przyczynek do kazuistyki ciąży jajowodowej:

zatrzymanie płodu prawie donoszonego w ciągu lat ośmnastu.

podał Dr. **Czesław Stankiewicz** (Łódź).

We wrześniu r: z. zgłosiła się do mnie Amalia P., żona rzeźnika, skarżąc się na dolegliwości przy oddawaniu moczu. Wywiady wskazały, co następuje: chora liczy obecnie lat 36, jest zamężną od lat dziewiętnastu. W pierwszym roku małżeństwa, wkrótce po ślubie, zaszła w ciążę, której przebieg, jak twierdzi, był zgoła niepowikłany. Pewnej nocy, było to już w dziewiątym miesiącu, mniej więcej na dwa tygodnie przed spodziewanem rozwiązaniem, wystąpiły gwałtowne bóle brzucha o charakterze okresowym. Wezwana natychmiast babka (P. mieszkała podówczas w Nowym Dworze) znalazła rozpoczęcie się aktu porodowego i zapowiedziała na rano przyjście na świat dziecka. Tymczasem, wbrew wszelkim przewidywaniom, bóle po kilku godzinach ustały, zaś poród ani na jotę nie posunął się naprzód. Nazajutrz chora miała się o tyle lepiej, że mogła powstać z łóżka; dziwiło ją tylko, że nie odczuwa ruchów dziecka, dotąd zawsze nader wyraźnych.

W miesiąc potem, gdy zmiana żadna nie zachodziła, chcąc znaleźć wreszcie rozwiązanie swego bądź co bądź dziwnego stanu, P. udaje się do Warszawy, gdzie prof. Neugebauer stwierdza istnienie ciąży zamacicznej i zapowiada możliwość utworzenia się z czasem płodu skamieniałego. Inni lekarze (chora przypomina sobie nazwisko Samochwałowa) wypowiadają podobne zdanie. Po powrocie do domu P. czuje się zupełnie dobrze, tylko objętość brzucha, który nic a nic się nie zmniejsza, czyni z niej ofiarę natrętnej ciekawości kumoszek. Po upływie roku w stanie P. zaczyna się pogorszenie. Występują dreszcze, początkowo co kilka, następnie co 1—2 dni, zjawia się gorączka, chora zaczyna tracić siły i rok cały niemocą złożona, wciąż między życiem a śmiercią, spędza w łóżku. Pod koniec tego okresu chora uczuwa zwrot ku lepszemu: brzuch zaczyna się zmniejszać, gorączka

słabnie, dreszcze występują coraz rzadziej, siły powracają na nowo. Po wyzdrowieniu pozostał w podbrzuszu guz wielkości głowy, niebolesny, łatwo wyczuwalny przez powłoki brzuszne.

W rok potem P. urodziła na czasie dziecko płci męskiej. Poród lekki, trwał zaledwie pięć godzin. Płód przedstawiał na stropie czaszki, na granicy kości czołowych i ciemieniowych, znaczne zagłębienie poprzeczne w postaci rowka szerokiego na palec. Dziecko to, obecnie 15 letni chłopiec, dotychczas jeszcze nosi w budowie czaszki wyraźne ślady tego zniekształcenia[1]). Po tym pierwszym nastąpiły inne porody, w ogólnej ilości pięciu, wciąż przy istniejącym bez zmiany guzie w podbrzuszu. Dzieci przychodziły na świat żywe, lecz umierały wkrótce. Ostatni poród, przed rokiem, należał do najcięższych. Zabieg kleszczowy, podjęty przez jednego z doświadczonych łódzkich kolegów, był nader trudny. Płód żywy, zmarł w kilka godzin. Połóg bezgorączkowy. Od czasu ostatniego porodu P. cierpi na zatrzymanie moczu: niekiedy doba mija, zanim zdoła mocz oddać, a gdy to nastąpi, nękają ją bóle i rżnięcie. Jednocześnie z tem chora uskarża się na brak łaknienia, ogólne osłabienie, niezdolność do pracy. Miesiączka $^4/_4$ bez bólów.

Stan obecny: Szatynka, średniego wzrostu, prawidłowej, mocnej budowy, odżywiana dobrze, cokolwiek niedokrwista. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają zboczeń. Sutki półkuliste, dobrze rozwinięte. Brzuch na stronie lewej nieco wypuklony przez guz wielkości głowy dorosłego człowieka, zajmujący całe lewe podbrzusze i część śródbrzusza do linji ciała pośrodkowej; górna granica guza na wysokości pępka. Guz ten, o powierzchni gładkiej, jest nieruchomy, w dolnej swej części twardszy, niż u góry, chełboczący wyraźnie, wychodzi z miednicy małej. Na przedniej powierzchni w kierunku ku górze i na lewo, wyczuwa się zewnętrzny odcinek jajowodu, swym końcem dośrodkowym ginący w guzie. Badanie części rodnych wykazuje znaczne opadnięcie przedniej i tylnej ściany pochwy wraz z cystoproctocolpocele. Międzykrocze nizkie, bliznowate. Macica uniesiona wysoko ku górze, przesunięta naprzód i na prawo, w przodopochyleniu (elevatio, antepositio, dextroanteversio), ruchoma; część pochwowa leży tuż za spojeniem łonowem. Zgłębnik wchodzi na 12 cm. Przydatki oprócz opisanego wyżej lewego jajowodu niewyczuwalne. Dolna część torbieli wypełnia lewe przymacicze i część jamy Douglas'a, wypuklając do pochwy lewe i tylne sklepienie. Przy silniejszym nacisku wyczuwa się w guzie dużą ilość rozmaitej postaci

[1]) Przedstawiony na posiedzeniu Ł. T. Lek. d. 18. I. 1899 r.

i wielkości twardych cząstek, które przy tarciu wzajemnem dają objawy głośnego trzeszczenia.

Mocz wypuszczony cewnikiem przedstawia się jako płyn barwy brudnożółtej, mętny w miernym stopniu, odczynu lekko kwaśnego. Badanie drobnowidzowe wykrywa w osadzie sporą ilość ciałek ropnych wraz z domieszką komórek dróg moczowych.

Rozpoznanie: Tumor cysticus intraligament. (residua graviditatis extrauterinae). Prolapsus vaginae. Cystoproctocolpocele. Cystitis.

Gdy objawy nieżytu pęcherza, przy stosownem leczeniu, w krótkim czasie znakomicie się zmniejszyły, zaś zatrzymanie moczu trwało bez zmiany, uznając za istotny tego powód ucisk na pęcherz moczowy ze strony macicy względnie guza, postanowiłem ten ostatni usunąć. Chora, znużona długotrwałem leczeniem, chętnie zgodziła się na zabieg operacyjny, żądając jednoczesnego doprowadzenia pochwy do stanu prawidłowego.

Operacja d. 25. X. 1898 [1]). Odurzenie chloroformowe. Pomagają koledzy: Ksawery Jasiński (ad manum), Krusche, Kaufman. Ułożenie Trendelenburg'a. Otwarcie jamy brzusznej wzdłuż smugi białej, począwszy od pępka ku dołowi, na przestrzeni około 15 cm. Na guzie leży koniec brzuszny jajowodu, swą częścią dośrodkową ginący w torbieli. Koniec maciczny jajowodu zaznaczony słabo, uległy zanikowi, również przechodzi w ścianę guza. Przydatki prawostronne prawidłowe; jajnik lewy mały, przylega do ściany torbieli. Guz nieruchomy, położony międzywiązowo. Na tylnej powierzchni, w okolicy przedgórza kości kuprowej, zrosty z dwoma pętlicami jelit cienkich. Próba wyłuszczenia torbieli, po przecięciu torebki otrzewnowej, wykonana w dwóch miejscach, pozostała bez skutku. Ściana guza na całej przestrzeni tak ściśle z otrzewną zrośnięta, że ta tylko w strzępach daje się oddzielać. Przy jednej z prób raniono torbiel: z otworu zaczyna wydzielać się płyn mętny, brudno żółtawy, bez zapachu, barwiący na żółto bieliznę i skórę rąk. Część płynu, zresztą nieznaczna, dostała się do jamy otrzewnej, skąd wydobyto ją za pomocą suszek z gazy wyjałowionej; około pół litra wylano nazewnątrz, poczem otwór można było zamknąć kleszczykami Péan'a. Nie pozostawało nic innego, jak wszyć ścianę guza do rany brzusznej i po opróżnieniu z zawartości czekać następnie samoistnego zasklepienia się jamy. Zamknięto więc ranę brzuszną od góry szwem trzypiętrowym (otrzewna, powięź, skóra).

---

[1]) Wykonana w naszym zakładzie chirurgiczno-ginekologicznym. Księga gł. № 130.

do dolnej zaś części wszyto ścianę torbieli, łącząc szwem katgutowym ciągłym listki otrzewnej, jedwabnym węzełkowym skórę ze ścianą guza. W sposób ten została obnażoną część ściany torbielowej w postaci owalu, długiego na 7 cm, o szerokości największej 5 cm. Po wycięciu większej części tego owalu, wypuszczono z torbieli około $1^1/_2$ litra płynu (p. wyżej) oraz wydobyto kości płodu, leżące na dnie jamy bezładnie, każda oddzielnie, wraz z pewną ilością masy miękiej brudno-szarej, już to tworzącej mniejsze lub większe kupki samodzielne, już to przylegającej luźnie do kostek. Powierzchnia wewnętrzna worka płodowego zabarwiona na żółto, wogóle gładka, w dolnej swej części wykazuje gdzie niegdzie pojedyńcze złogi wapienne.

Po wprowadzeniu do jamy paska gazy jodoformowej nałożono opatrunek brzuszny.

Następnie, po zmianie położenia operowanej na zwykłe ginekologiczne, wykonano wyskrobanie macicy, zeszycie przedniej i tylnej ściany pochwowej — colporrhaphia ant. et post. (katgut), wreszcie powiększenie krocza — perineauxesis (jedwab). Trwanie operacji, bez wliczenia narkozy, godzin dwie minut siedm, w tem: cięcie brzuszne minut 87, zabieg pochwowy minut 30, przygotowania doń minut 10.

Liczba kości znalezionych w worku płodowym dochodzi do 220. Stanowią one cały kościec płodu, rozwiniętego prawidłowo. Części miękie podległy tak gruntownej maceracji, że żadna z kości nie potrzebuje oczyszczenia; po wytarciu ręcznikiem lśnią się wszystkie jakby oszlifowane. Podajemy wymiary niektórych kości:

Kość potylicowa: wp. [1]) 7,4 cm.
wpd. 6,7 cm.
Kość ciemieniowa prawa: wpd. 9,1; wpd.—8,6.
Kość ciemieniowa lewa: wp. 8,8; wpd. 8 cm.
Dł. obojczyka 4,1—4,2 cm.
„ k. ramieniowej 5,9 „
„ „ prętowej . . 5,5 „
„ „ promieniowej 4,8 „
„ „ udowej . . 6,8 „
„ piszczeli . . . 5,9 „
„ strzałki . . . 5,8 „

Jeśli porównamy nasze dane z wymiarami w ósmym miesiącu, które według Casper — Liman'a [2]), wynoszą: dla k. ramieniowej

---

[1]) wp. wymiar poprzeczny: wpd. wymiar podłużny; dł. długość; k. kość.
[2]) Zweifel, Geburtshülfe, 4 wyd., str. 81.

5,2—5,4 cm., dla k. promieniowej 4—4,3 cm., dla k. prętowej 4,9—5,2 cm., dla k. udowej 5,4 cm., dla piszczeli i strzałki 4,7—5,2 cm., widzimy, iż wydobyty kościec odpowiadał znacznie późniejszemu okresowi ciąży. Aby rozstrzygnąć pytanie, czy mamy do czynienia z płodem donoszonym, wykonałem pomiary czaszki po złożeniu odnośnych kości w jedną całość. Znalazłem co następuje:

Wymiar prosty (D. frontooccipitalis) 10,5 cm.; obwód czaszki na wysokości tego wymiaru 31 cm.

Wymiar poprzeczny większy (D. biparietalis) 9 cm.

Wymiar poprzeczny mniejszy (D. bitemporalis) 7,8 cm.

Dane te są cokolwiek mniejsze, niż u płodu donoszonego.

Masa miękka, drobnoziarnista, barwy brudno-szarej, znaleziona w worku płodowym obok kości, waży 6 łutów. Pod drobnowidzem znajdujemy w niej rozpad, krople i kryształy tłuszczowe, włosy.

Przebieg pooperacyjny, począwszy od drugiego dnia, powikłany lekką gorączką (38—38,2), która wieczorem dnia 26. X. dosięgła maximum—38,5. Chora przez kilka nocy cierpiała na bezsenność. Wiatry wraz ze stolcem odeszły czwartego dnia po lawatywie z wody z gliceryną. Na piąty dzień gorączka znikła, odtąd w dalszym przebiegu stan bezgorączkowy. Opatrunek zewnętrzny zmieniano kilkakrotnie z powodu przesiąkania wydzieliną surowiczo—krwawą. 31. X. czyli na siódmy dzień wyjęto szwy z międzykrocza. Rychłozrost bez zarzutu na całej przestrzeni. Tegoż dnia zmieniono pasek gazy, założony do jamy torbieli. Do dnia 1. XI. wypuszczano mocz cewnikiem, od tego czasu chora jest w stanie oddawać sama.

D. 4. XI. usunięto szwy, któremi złączono ścianę torbieli z brzegami rany brzusznej. Z powodu pogorszenia się nieżytu pęcherza, prawdopodobnie pod wpływem cewnikowania, zastosowano codzienne przestrzykiwania roczynem azotanu srebra (1:1500—2000).

Dnia 9 XI. pacjentka wstała z łóżka. Przy opatrunku w 3 dni potem określono głębokość jamy na 25 cm. w kierunku miednicy małej. Pojemność jej zmniejszyła się o tyle, iż przepuszcza zaledwie palec wskazujący ręki. Międzykrocze, pochwa zagojone zupełnie. Objawy nieżytu pęcherza ustąpiły, oddawanie moczu prawidłowe.

Dnia 12 listopada wypisana z zakładu. W grudniu miesiączka pierwszy raz po operacji, ku wielkiemu zdziwieniu pacjentki w ciągu 4 dni przez przetokę, następnie dwa dni trochę obfitsza zwykłą drogą. Głębokość przetoki 16—17 cm.; zgłębnik natrafia na twarde cząstki usadowione na ścianie, jak się okazało po wyskrobaniu, dwie kosteczki i kilka złogów wapiennych.

D. 7. II. 99. Miesiączka dwa razy bez bólów, 4 dni przez otwór w powłokach brzusznych, 3 dni dołem. Głębokość przetoki $9\frac{1}{2}$ cm. Znowu usunięto kilka złogów wapiennych.

W dalszym przebiegu trzeba było parokrotnie rozszerzyć ujście zewnętrzne przetoki z powodu nadzwyczaj szybkiego zabliźniania się. Obecnie (1. VIII. 99) przetoka przepuszcza zaledwie cienki zgłębnik na 5 cm. głęboko. Wokoło otworu tworzy się przepuklina brzuszna, która przy wysiłkach fizycznych cokolwiek dokucza. Po za tem pacjentka czuje się zupełnie zdrową i zdolną do pracy. Miesiączkuje co 4 tygodnie, zawsze bez bólów, 4 dni przez przetokę nieobficie, potem dwa dni znacznie więcej przez pochwę.

Badanie dwuręczne wykazuje w sklepieniach obecność starych blizn, macicę w prawopołożeniu i przodopochyleniu, z szyjką przepuszczającą koniec palca wskazującego. Na miejscu torbieli wyczuwa się sznurek grubości palca małego ręki, idący od otworu przetoki w głąb miednicy małej. Pochwa i międzykrocze bez zarzutu.

Przypadki ciąży zamacicznej z płodem donoszonym nie należą do wyjątkowych. W piśmiennictwie naszem istnieje siedm odnośnych spostrzeżeń, że wyliczę opisy Matlakowskiego [1]), Jordana [2]), Neugebaura [3]), Troczewskiego [4]).

Gdy ciąża dobiega kresu, a pomoc chirurgiczna nie zostanie podaną, zjawiają się skurcze maciczne bardzo dotkliwe, naśladujące bóle porodowe; ich wynikiem bywa wydzielenie się doczesnej prawdziwej. Życie płodu ustaje. Fakt ten starano się objaśnić pęknięciem worka płodowego z następczem odejściem pewnej ilości wód. Atoli spostrzeżenia Zweifla zadały kłam temu twierdzeniu. Pęknięcie błon nie może być poczytane za prawidło, jest raczej rzeczą wyjąt-

---

[1]) Matlakowski. Przyczynek do ciąży zamacicznej. Gaz. Lek. 1899. 41—43. Ciąża jajowodowa śródwiązowa. Operacja w trzy miesiące po zakończeniu ciąży. Płód donoszony, zmacerowany. Następnie wycięcie nerki z powodu zranienia moczowodu. Wyzdrowienie.

Ten-że. „Gaz. Lek.“ 1892. str. 9 i 31. Płód donoszony, zgniły, zatrzymany od 6 miesięcy. Śmierć z charłactwa.

[2]) H. Jordan. Przypadek ciąży brzusznej. „Roczn. Tow. Gin. Krak.“ Z. VII str. 48. Ciąża brzuszna następcza. Płód donoszony.

[3]) F. Neugebauer. Przypadek ciąży brzusznej. „Pam. T. L. W.“ Tom XCIII str. 1099. Operacja w ósmym miesiącu, płód wydobyto żywy; zmarł po 9 godzinach z powodu niedodmy płuc.

Ten-że. Przypadek płodu donoszonego, zatrzymanego w ciągu 6 miesięcy w lewym jajowodzie niepękniętym. „P. T. L. W.“ Tom. XCIII str. 1120.

Ten-że. Przypadek ciąży zamacicznej. „P. T. L. W.“ Tom XCIV str. 212 i 221. Ciąża międzywiązowa lewostronna. Płód $8\frac{1}{2}$ miesięczny.

[4]) A. Troczewski. Przypadek ciąży brzusznej z prawidłowym rozwojem płodu w ciągu pełnego okresu trwania ciąży. „Gaz. Lek.“ 1897 str. 232. Płód zgniły z cechami dojrzałości.

kową. Śmierć dziecka leży w okoliczności, iż oddechanie łożyskowe, dostateczne w czasie rozwoju płodu, nie wystarcza, gdy ten staje się donoszonym.

Dalsze losy ciąży zamacicznej bywają nader rozmaite. W części przypadków spostrzegano stopniowe wsysanie się wód płodowych, zmniejszanie się objętości worka, a z biegiem czasu oskorupianie się złogami wapiennemi. Warunki powstawania płodu skamieniałego nie są dotąd dostatecznie wyjaśnione. Wiadomo tylko, iż w pewnych razach podlegają zwapnieniu ściany worka płodowego—t. zw. lithokelyphos (według Küchenmeistra); kiedyindziej złogi powstają w powierzchownych warstwach płodu—lithokelyphopaedion; wreszcie spotyka się prawdziwe lithopaedion, płód skamieniały w ścisłem znaczeniu, bez worka i błon, bezpośrednio w jamie brzusznej.

Zejście w zwapnienie należy do zjawisk wogóle rzadkich. W większości przypadków sprawa się toczy inną drogą. Śmierć płodu prowadzi za sobą jego rozpad, macerację, co przy wdaniu się bakteryj gnicia lub ropienia, bywa punktem wyjścia ciężkich i niebezpiecznych powikłań. Sąsiedztwo z kiszkami wystawia worek płodowy na ciągłe niebezpieczeństwo zakażenia ze strony laseczników okrężnicy (bacill. coli) [1]). Gdy rozkład zawartości nastąpił, a w czasie właściwym nie jęto się noża, torbiel wydziela swą treść już to przez odbytnicę, już to przez ścianę brzuszną, w rzadszych razach przez pęcherz moczowy lub pochwę, wyjątkowo przez macicę. Uwagi godną jest statystyka Parry'ego [2]). Pośród 248 przypadków w 65 nastąpiło pęknięcie do kiszki prostej, 40 razy ropień przebił powłoki brzuszne, w 12 spostrzeżeniach otworzył się do pochwy, 9 razy zaszło przedziurawienie pęcherza. W pozostałych przypadkach spostrzegano zejście złożone, jednocześnie kilku drogami. Ten zabieg samoleczniczy ustroju sprowadza w pewnych razach całkowite uleczenie; najczęściej jednak, gdy otwór bywa niedostatecznym a worek opróżnia się niedokładnie, chora umiera z zakażenia gnilnego lub ginie wyniszczona długotrwałem ropieniem.

Wracając do naszego przypadku, musimy przedewszystkiem określić bliżej siedlisko brzemienności. Trzy są, według L. Tait'a, rodzaje ciąży zamacicznej: 1⁰ ciąża jajnikowa, 2⁰ ciąża jajowodowa, 3⁰ ciąża śródścienna czyli śródmiąższowa, gdy jajo zawarte w tej

---

[1]) Labadie-Lagrave et A. F. Legueu. Gynécologie str. 1908.
[2]) Tam-że.

części jajowodu, która przechodzi przez ścianę macicy [1]). Stosunek torbieli do jajowodu, o ile się daje wyśledzić, usuwa wszelkie co do rodzaju ciąży wątpliwości. Gdy bowiem, jak w naszem spostrzeżeniu, stosunek ten wskazuje, iż część jajowodu była podwaliną worka płodowego, staje się faktem niezbitym, iż mamy do czynienia z ciążą jajowodową. Torbiel płodowa, poczęta ze środkowej części jajowodu, wnikła pomiędzy listki więzu szerokiego, w dalszym rozwoju wypełniła przymacicze a odsuwając na stronę otrzewną jamy Douglas'a zajęła zagłębienie odbytnico-maciczne. Zaszło li przy tem pęknięcie jajowodu z dalszym rozrostem worka w tkance przymacicznej, czy też jajowód był jedynem dla torbieli tworzywem,—da się nie łatwo powiedzieć. Brak jakichkolwiek zaburzeń w przebiegu ciąży przemawia za drugiem przypuszczeniem. Tak więc określamy przypadek *jako ciążę jajowodową międzywiązową*.

Gdy się wczytamy w zebrane wywiady, samo przez się zachodzi pytanie, na karb czego należy położyć ową niemoc ciężką, owe dreszcze i gorączkę, które przez czas długi czyniły rokowanie niepewnem. Znając z powyższego zwykłą kolej rzeczy, przypuścić musimy zakażenie i rozkład treści worka płodowego. Dziwnem jest wszakże, że zawartość torbieli, o ile zaszło ropienie, nie znalazła sobie ujścia na zewnątrz. Z biegiem czasu maceracja płodu postępowała coraz dalej, i oto po latach ośmnastu oprócz kośćca znajdujemy 6 łutów zaledwie masy rozpadowej, jako pozostałość łożyska i części miękich. Tak długotrwałe zatrzymanie płodu należy do zjawisk bardzo rzadkich. W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem jeno trzy analogiczne spostrzeżenia. Przytaczam je w streszczeniu.

1. Przypadek Steltnera [2]). Zatrzymanie płodu przez lat dwanaście. Rozkład gnilny. Przedziurawienie pęcherza. Wyleczenie przez wszycie worka do rany brzusznej.

2. Przypadek Denis'a[3]). Po latach dwunastu zaburzenia ze strony pęcherza. Operacja. Płód nie skamieniały i nie zmacerowany (?).

3. Przypadek Folet'a [4]). Ciąża jajowodowa bliźniacza. Zatrzymanie płodów w ciągu lat piętnastu. Operacja z powodu objawów po-

---

[1]) Dawniej wyliczano jeszcze t. zw. ciążę brzuszną. Ciąża ta atoli, zdaniem Werth'a (Beiträge zur Anatomie etc. der Extrauterin Gravid.), nie istnieje w ścisłem znaczeniu, gdyż niedowiedziono dotąd możności pierwotnego usadowienia się jaja w jamie brzusznej.

[2]) Ueber einen durch Verlauf u. Komplikationen bemerkenswerthen Fall von Extrouterin-Gravidität. C. f. G. 1895 str. 102.

[3]) Grossesse extrautérine datant de douze ans. L'abeille méd. 1896. № 25. C. f. G. 1895. str. 952.

[4]) Grossese extrautérine tubaire gémellaire. Mercredi méd. 1895. № 3 C. f. G. 1896 str. 204.

drażnienia otrzewnej. Jeden z płodów donoszony, drugi obumarły w trzecim miesiącu życia zarodkowego. Wycięcie worka. Wyzdrowienie.

W naszym przypadku okres zatrzymania płodu jest najwyższy, gdyż wynosi *lat ośmnaście*. W czasie tym pacjentka sześciokrotnie zachodziła w ciążę prawidłową, zakończoną zawsze urodzeniem żywego dziecka. Co dziwniejsza, porody, oprócz ostatniego, mimo istnienie guza, były nader lekkie, nie trwając nigdy nad kilka godzin. Z dzieci tylko pierwsze nosi w budowie czaszki ślady ucisku ze strony ciąży zamacicznej; co do inteligencji, ta nie poniosła widocznego szwanku.

Pozostaje podnieść jeszcze jedną stronę naszego przypadku, niezmiernie ciekawą pod względem fizjologicznym. Mam na myśli fakt miesiączkowania przez przetokę, pozostałą po operacji. Tem samem wchodzimy w szranki sporne, stając po stronie miesiączkowania jajowodowego. Niemasz bowiem w tym względzie zgody między autorami. Landau i Reinstein [1]), opierając się na przypadkach obustronnego krwistku jajowodowego, występują, jako wymowni szermierze czynnego udziału jajowodów w wydzielaniu krwi miesięcznej.

Chapin-Minard, cytowany u Gebhard'a [2]), spostrzegał przy wynicowaniu macicy krwawienia z ujścia jajowodów.

Tymczasem Fritsch i inni wypowiadają zdanie wręcz przeciwne uważając samą rzecz za zgoła niedowiedzioną i mało prawdopodobną. Fritsch mianowicie wycinał jajowody w czasie miesiączkowym i w żadnem z jedenastu spostrzeżeń nie znalazł krwi. Czyż jednak wyniki te są bez zarzutu? Znaczenie ich maleje, gdy zważymy, iż miesiączkowanie jajowodowe może, jak w naszym przypadku, poprzedzać czyszczenia maciczne Mówimy: miesiączkowanie jajowodowe, gdyż innego terminu nie możemy użyć dla krwawień okresowych, występujących z worka płodowego, który, jak wiadomo, przedstawia w danym razie rozszerzony jajowód. Krwawienia te nie mogą być w żadnym związku z czynnością macicy wobec faktu, stwierdzonego przy operacji, że odcinek maciczny jajowodu znajduje się w stanie zaniku. Tak więc mamy tu niewątpliwie miesiączkę jajowodową. Wszelako z jednego przypadku nie godzi się snuć daleko sięgających wniosków. Czy podobne zjawisko jest tylko właściwością spostrzeżenia, czy też prawem ogólnem, dotąd mało zbadanem, pozostaje kwestją otwartą.

---

[1]) Ueber das Verhalten der Schleimhäute etc. Arch f. G. Tom XLII str. 273.

[2]) Gebhard. Die Menstruation. III-ci tom Veit'a.

Leczenie ciąży zamacicznej, w razach daleko posuniętych, powinno być tylko operacyjne. Zabieg chirurgiczny, właściwie zastosowany, przy płodzie żyjącym może uratować oboje: matkę i dziecko. Ramy przyczynku są zbyt szczupłe, abym wchodził w szczegóły techniczne; zaznaczę tylko, iż operacja należy do trudniejszych zabiegów na polu chirurgji brzusznej.

D. 22 września 1899 r.



Spostrzeżenia z praktyki.

Dwa przypadki porażenia nerwu strzałkowego.

Podał Dr. A. **Tumpowski.**

Uraz i otrucie—są to dwa momenty, obejmujące całą niemal etjologję porażeń nerwów obwodowych. W wielu, a nawet może w większości, przypadków, porażenie powstaje pod wpływem połączonego działania obu tych czynników. Tak mianowicie bywa przy t. zw. „Narkosenlähmungen“ — porażeniach powstających podczas odurzenia chloroformowego i obejmujących zazwyczaj kończyny górne, najczęściej nerw promieniowy, niekiedy cały splot barkowy. W ich powstawaniu przyjmuje udział z jednej strony uraz w postaci ucisku, wywołanego nieodpowiedniem położeniem kończyny podczas odurzania, z drugiej zaś strony niewątpliwie poważny wpływ przypisać należy samemu otruciu chloroformem, wywołującemu zaburzenia w odżywianiu nerwów oraz zwiotczenie mięśni, wskutek którego nerw staje się dostępniejszy działaniu urazu zewnętrznego. Do tej grupy należy też przypadek, który pozwalam sobie przytoczyć, jako zasługujący na uwagę ze względu na umiejscowienie, sposób powstania oraz niektóre wnioski praktyczne.

Dotyczy on 24 letniej kobiety, która z powodu guza zapalnego narządów rodnych została zakwalifikowana do laparotomji. Podczas operacji, która trwała około 2 godzin, chora w położeniu Trendelenburga leżała na blaszanym stole operacyjnym, którego wezgłowie również blaszane, było u górnego brzegu tylko lekko zaokrąglone i niewyściełane. Nogi chorej opierały się jamami podkolanowemi o ten brzeg, poniżej którego zwieszały się jej golenie. Gdy chora po operacji zaczęła wracać do sił, zwróciła uwagę na drętwienie lewej stopy, niemożność poruszania nią, oraz wynikające ztąd utrudnienie przy chodzeniu. Pierwszy raz widziałem chorą 8. VIII, 99 po upły-

wie miesiąca od operacji i przy badaniu znalazłem, co następuje: stopa bezwładnie się zwiesza, jest nieco przechylona na wewnątrz, palce są ustawione w zgięciu podeszwowem, tylna powierzchnia stopy jest nieco wypuklona, wgłębienie podeszwy po stronie lewej większe, niż po prawej, zewnętrzny brzeg opuszczony, a wewnętrzny uniesiony ku górze. W stawie goleniostopowym chora żadnych ruchów nie może wykonywać, palce może tylko nieznacznie zgiąć ku podeszwie. Odruchu podeszwowego i stopowego po stronie lewej wywołać nie można, po drugiej zaś stronie są one żywe. Czucie dotykowe i bólowe na tylnej powierzchni stopy i palców nieznacznie osłabione. Chód wybitnie koguci, z nadmiernem zginaniem lewej nogi w kolanie i opuszczaniem stopy na podłogę, palcami naprzód. Oddziaływanie galwanofaradyczne od nerwu strzałkowego i unerwianych przezeń mięśni zachowane, lecz osłabione w porównaniu ze stroną prawą, bez wyraźnego, zresztą, odczynu zwyrodnienia. Nie można też zauważyć żadnych zmian w odżywianiu skóry i mięśni. Jest to więc typowy obraz porażenia nerwu strzałkowego, powstałego podczas odurzenia chloroformowego przy współdziałaniu ucisku, wywieranego przez twardy brzeg stołu operacyjnego na okolicę jamy podkolanowej i znajdujący się tam nerw strzałkowy. W dostępnej mi literaturze nie napotkałem wzmianki o porażeniu obwodowem kończyn dolnych po odurzeniu chloroformowem.

Drugie spostrzeżenie dotyczy 30—kilkoletniego robotnika, u którego porażenie wystąpiło w następujących warunkach: dla oczyszczenia kotła musiał on zejść wewnątrz niego, gdzie w braku miejsca pracę swą wykonywał w pozycji leżącej i klęczącej. Po wyjściu zaczął odczuwać drętwienie lewej nogi do kolana, oraz trudność przy chodzeniu. Badanie, którego szczegóły, jako nie przedstawiające nic szczególnego, pominę, wykazało porażenie czuciowe i ruchowe w obrębie nerwu strzałkowego z osłabieniem oddziaływania nerwu i mięśni na prąd faradyczny oraz wzmożeniem oddziaływania galwanicznego (chorego badałem w końcu pierwszego tygodnia choroby). W tym przypadku porażenie powstało, jak to już niejednokrotnie spostrzegano, pod wpływem ucisku na nerw podczas pracy w pozycji klęczącej. Wypadki podobne do wyżej opisanych, dałyby się bezwątpienia uniknąć przy zastosowaniu odpowiednich, łatwych zresztą do wprowadzenia w czyn, środków, mianowicie w pierwszym wypadku, gdyby brzeg wezgłowia stołu operacyjnego był starannie zaokrąglony, albo też wyściełany lub tymczasowo, na czas operacji, wyłożony jakąś miękką materją, w drugim zaś przypadku, gdyby robotnik podczas pracy na klęczkach był zaopatrzony w miękkie oparcie dla kolan, po-

dobne do tych, jakich używają robotnicy pracujący przy asfaltowaniu ulic. Zastosowanie tych i tym podobnych środków usunęłoby, a przynajmniej ograniczyło, możność powstania tych przykrych i często pozostających na zawsze kalectw.

Dodaję, iż obaj opisani chorzy byli przedstawieni na posiedzeniu Łódzkiego Tow. Lekarskiego w d. 6. IX r. b.

Rana darta podbrzusza; wypadnięcie kiszek. Wyzdrowienie.

Podał Dr. **Fr. Grodecki** (z Pren).

D. 26 stycznia r. b. wieczorem wezwany zostałem do wsi Oszmiala, gdzie, według opowiadania furmana, o zachodzie słońca wieprz rozpruł dziecku brzuch. Przybywszy na miejsce o godzinie $8^1/_2$ wieczorem, znalazłem obraz następujący: W kurnej ciasnej izbie, na brudnem posłaniu, leży sześcioletni Maciej M. z bladą, zdradzającą mocne cierpienie, twarzyczką i zapadniętemi oczyma. Tętno, względnie, dobrze napięte, 96 uderzeń na minutę; rączki zimne. Malec leży na wznak ze zgiętemi kolanami, przykryty kilkoma kołdrami. Po ich zdjęciu i po podniesieniu brudnej, cuchnącej koszuli, ujrzałem na brzuchu wszystkie kiszki cienkie umiarkowanie wzdęte i mocno nastrzyknięte; przy obmacywaniu odbiera się wrażenie obrzękłej, jakby ciastowatej tkanki. Krezka równie mocno nastrzyknięta. Rana, z której trzewia wystają, leży o $2^1/_2$ palca niżej pępka, na $2^1/_2$ centymetry na lewo od linji środkowej; rana jest tak ciasną, że z trudnością przepuszcza koniec wskaziciela. Oczywiście o wprawieniu przez nią kiszek do jamy brzusznej nie można było nawet marzyć; poradziłem więc sobie w ten sposób: obmywszy, o ile było można, najdokładniej tak kiszki jak i całą skórę brzucha 4% roztworem kwasu bornego, wprowadziłem do jamy otrzewnej wskaziciel lewej ręki i po nim, tępo zakończonym nożem, rozciąłem całą ścianę brzuszną na $2^1/_2$ cm. ku górze. Dzięki temu cięciu rana o tyle się powiększyła, że palec mógł się w niej swobodnie poruszać. Przystąpiłem więc do wprawienia kiszek; pierwsza jednak i druga próba nie powiodła mi się, gdyż każda pętlica po jej odprowadzeniu, natychmiast się wysuwała. Wtedy, idąc za radą podaną przez kol. Troczewskiego [1]), przystąpiłem do lekkiego mięsienia kiszek, dzięki czemu w bardzo krótkim czasie one zaczęły się zlekka spadać, jednocześnie zaś ustępował i nacisk samych ścianek, które

[1]) Porów. Przyczynek do doszczętnego leczenia przepuklin pachwinowych podług sposobu Bassiniego. Czasop. Lekarsk. № 1.

od wykonywania mięsienia stawały się coraz to jędrniejsze. Po kilku chwilach mięsienia cała masa kiszek nabrała takiej zbitości, żem mógł bez najmniejszego wysiłku pętlicę za pętlicą wprowadzić do jamy brzusznej. Wówczas mogłem się przekonać, że cała rana drążąca do jamy brzusznej miała długości $4^1/_2$—5 cm., pierwotna zatem równała się 2—$2^1/_2$ cm. Natomiast rana skórna była znacznie większą, długość jej bowiem wynosiła do 7 cm.; nadto w dolnym rany odcinku znalazłem brak skóry wielkości sześciogroszówki. Załatwiwszy się w powyższy sposób z kiszkami, na ranę nałożyłem 4 głębokie szwy i opatrunek z gazy jodoformowej oraz grubej warstwy waty; dolnego odcinka rany zeszyć nie mogłem.

Już w kilka chwil po ukończeniu owej improwizowanej laparotomii wygląd chorego znacznie się zmienił na lepsze: kredowo-białe wargi poróżowiały, na policzki również lekki rumieniec wystąpił, tętno stało się nieco pełniejsze i spadło do 90 uderzeń na minutę. Zadawszy choremu 2 krople nalewki makowca, położyłem na brzuch worek z lodem i zaleciłem nazajutrz zrana dać 2 łyżki oleju rącznikowego, za pokarm zaś kilka łyżek mleka z lodu. Podczas powtórnej wizyty dnia 28 stycznia dowiedziałem się, że 27 stycznia mały pacjent 2 razy wymiotował i oddał kilka rzadkich stolców; 28 stycznia jeden raz były nudności, do wymiotów jednak nie doszło. Badanie dało wynik następujący: ciepłota 36,9, tętno 84, dosyć pełne; brzuch lekko wzdęty, rana czysta, ropienia ani śladu. Zmiana opatrunku; lód nadal bez przerwy. Djeta: mleko, kleik i rosół.

Podczas 3 wizyty dnia 2 lutego znalazłem stan chorego wcale dobry, wymiotów nie było ani razu, wypróżnienie raz na dwa dni; rana zupełnie czysta, tylko w dolnym odcinku ślady ropienia; brzuch miękki. Tętno pełne, 84; ciepłota 37,0. Djeta: mleko, kleik na mleku, jaja na miękko, rosół z kaszką, kawałek bułki.

Dnia 8 lutego rodzice przywieźli chorego do mnie; ogólny stan zdrowia nie pozostawia nic do życzenia: łaknienie dobre; rana pokryta bujną zdrową ziarniną.

Dnia 18 lutego dowiedziałem się od ojca chorego, że rana prawie zupełnie zagojona, ogólny zaś stan zdrowia bardzo dobry.

Z tego, co się powyżej rzekło, widzimy, że nader ciężkie zranienie brzucha, powikłane wypadnięciem wszystkich kiszek cienkich, pomimo bardzo złe warunki zakończyło się wyzdrowieniem. Dla pełności obrazu o warunknch tych godzi się powiedzieć słów kilka. A więc przedewszystkiem: rana została zadaną kłem tak niechlujnego stworzenia, jakiem jest świnia; powtóre, wypadłe kiszki blizko przez 4 godziny leżały pod brudną, nad wszelki wyraz, koszulą; dalej wyko-

nanie samego zabiegu leczniczego pozostawiało dużo do życzenia, odkażenie bowiem skóry i samych trzewi, z przyczyn odemnie niezależnych nie mogło być dostateczne. Wszystko więc zdawało się godzić na zgubę chorego, a jednak owa dziwna odporność ustroju wieśniaka wzięła górę tak dalece, że zdrowienie odbyło się bardzo gładko: dwukrotne bowiem wymioty przy tak ciężkim urazie trzew brzusznych—toć to bagatela.

Na jednę jeszcze okoliczność zwrócić muszę uwagę: oto cały zabieg leczniczy wykonałem bez odurzenia, do którego pomimo wszystkie chęci nie mogłem uciec się, głównie dla braku wszelkiej zgoła pomocy. I rzecz podziwu godna! mały mój pacjent nie wydał ani jednego jęku; zacisnął zęby i pięści i spokojniutko przeleżał cały czas.



Warunki hygjeniczne w szkołach elementarnych miejskich oraz w zakładach naukowych prywatnych Łodzi.

Podał Dr. **St. Lewkowicz.**

W ciągu roku bieżącego, korzystając z zezwolenia właściwej władzy szkolnej, zbadałem stan sanitarny 17 szkół elementarnych miejskich i 16 szkół prywatnych, przyczem zwracałem uwagę na następujące szczegóły: 1) wejście do szkoły i podwórko szkolne; 2) izby szkolne, mianowicie: a) rozmiary, b) oświetlenie, c) przewietrzanie i ogrzewanie, d) podłogi i ściany tych izb; 3) meble szkolne; 4) szatnia; 5) woda do picia; 6) ustępy.

I. *Podwórko szkolne i wejście do szkoły.* Co się tyczy *podwórka szkolnego*, to nazwa ta wcale istotnemu stanowi rzeczy nie odpowiada, gdyż żadna z obejrzanych szkół podwórka swego własnego nie posiada. Dzieci korzystają z podwórka wspólnego dla mieszkańców tego domu, w którym się mieści szkoła, przyczem podwórza te pozostawiają wiele do życzenia pod względem czystości i obszaru. Tylko niektóre z nich, jak np. podwórza trzech szkół miejskich (№ 1, № 11, № 1 żydowska) i trzech szkół prywatnych można nazwać czystemi i obszernemi. Pozostałe, ze wszech stron zabudowane oficynami wysokiemi, są ciemne i brudne, więc dzieci podczas pauzy niemają gdzie biegać i zmuszone są oddychać zepsutem powietrzem. Takie np. podwórko szkoły element. № 14 jest wprost niechlujnie utrzymywane i ma zabójcze powietrze, a śmietnik znajduje się tuż pod oknami szkoły. W innych szkołach dla ciasnoty podwórza zupełnie korzystać z tegoż nie można (np. żeńska żydowska № 3). Szkoły prywatne pod tym względem, za małymi wyjątkami, nie lepiej się przedstawiają, szcze-

gólnie te z nich, które się mieszczą w śródmieściu. Brak odpowiednich podwórzy szkolnych nie może być usunięty do chwili, kiedy każdy zakład naukowy będzie się mieścił we własnym budynku, do czego, na razie, bardzo daleko; (niektóre prywatne zakłady noszą się z zamiarem pobudowania siedzib własnych). O wejściu do szkoły wiele mówić nie można, gdyż wszędzie, gdzie napotykamy brudne podwórko, wejście jest równie brudnem i vice versa.

II. *Izby szkolne. a) Rozmiary.* Rozmiary pokoji szkolnych w stosunku do ilości uczni w nich przebywających, za bardzo małymi wyjątkami, wcale nie odpowiadają wymaganiom hygjeny. Oto wyniki mych pomiarów i obliczeń:

Tablica I. a) Szkoły Rządowe.

Nazwa szkoły	Powierzchnia izby: m²	Powierzchni na 1 ucz. m²	Objętość izby: m³	Na 1 ucznia m³	W klasie jest uczni	Klasa może pomieścić uczni	Stosunek pow. świetln. do pow. podłogi.
№ 1 ogólna miejska	a) 55,17	0,6	200,2	2,3	86	52	1:3
	b) 38,45	0,81	139,5	2,9	47	36	1:4
№ 8 ogólna miejska	a) 47,12	0,5	149,3	1,8	80	59	1:5
	b) 39,18	0,7	124,2	2,4	50	32	1:4
№ 9 ogólna miejska	a) 50,13	1,2	131,8	2,1	60	34	1:15
	b) 50,13	0,8	131,8	3,2	40	34	1:15
№ 10 żeńska miejska	a) 39,4	0,7	134,09	2,5	52	35	1:7
	b) 39,4	0,7	134,09	2,5	52	35	1:7
№ 11 ogólna miejska	a) 39,3	0,6	130,5	2,2	58	34	1:3
	b) 49,2	0,6	163,3	2,2	72	42	1:3
	c) 24,69	0,6	81,86	2,04	40	21	1:3
№ 14 ogólna miejska	a) 48	0,6	148,3	2,00	74	39	1:10
	b) 29,8	0,5	92,08	1,84	50	24	1:9
№ 15 ogólna miejska	a) 52,2	0,6	158,1	1,9	—	41	1:7
	b) 44,08	0,7	133,5	2,2	—	35	1:8
	c) 32,83	0,6	99,47	1,9	—	26	1:9
	d) 28,81	0,7	87,29	2,1	—	22	1:12
№ 16 ogólna miejska	a) 47,88	0,5	168,1	1,9	86	44	1:6
	b) 28,5	0,5	106,2	2,1	56	27	1:6
№ 17 ogólna miejska	a) 49,5	0,9	146	1,8	75	38	1:6
	b) 43,6	0,4	128,6	2,8	45	33	1:8
№ 18 ogólna miejska	a) 34,6	0,4	117,2	1,6	70	30	1:10
	b) 28,08	0,56	87,04	1,7	50	22	1:8
№ 20 żeńska miejska	a) 52,8	0,9	132	2,4	56	34	1:9
	b) 57,8	1,8	144,5	4,5	32	38	1:10

Nazwa szkoły	Powierzchnia izby: m²	Powierzchni na 1 ucz. m²	Objętość izby: m³	Na 1 ucznia m³	W klasie jest uczni	Klasa może pomieścić uczni	Stosunek pow. świetln. do pow. podłogi.
№ 1 żeńska żydowska	a) 40,5	0,5	147,8	1,8	80	38	1:4
	b) 40,6	0,5	148,1	2,1	70	38	1:4
	c) 26,1	0,5	95,2	2,1	45	25	1:4
№ 2 żeńska żydowska	a) 59,1	0.7	183,2	2,2	85	48	1:9
	b) 63,5	0,9	196,8	3,02	65	51	1:9
	c) 54,2	0,9	168,02	2,8	60	44	1:10
№ 3 żeńska żydowska	a) 47,9	0,5	158,07	1,9	80	41	1:6
	b) 43,7	0,6	144,2	2,1	66	37	1:5
	c) 30,7	0,7	101,3	2,5	39	26	1:5
Żydowska miejska żeńska jednoklasowa	a) 46,8	0,7	157,2	2,6	60	38	1:11
	b) 47,8	0,7	160,6	2,4	66	43	1:7
Żydowska miejska jednoklasowa męzka	a) 27,6	0,9	97,36	3,4	28	25	1:6
	b) 39,2	0,6	138,0	2,1	64	36	1:5
Żydowska miejska 2 klas. męzka	a) 30,16	2,01	95,7	6,3	15	25	1:4
	b) 29,6	0,7	93,1	2,4	38	24	1:4
	c) 54,4	0,7	172,9	2,4	72	45	1:5

b) Szkoły prywatne.

Prywatna męzka A.	a) 60,67	1,01	281,5	4,6	60	74	1:8
	b) 36,1	1,03	167,5	4,7	35	44	1:7
	c) 41,03	1,1	192,3	5,4	37	50	1:5
	d) 23,87	1,03	110,7	4,8	23	29	1:5
Prywatna męzka B.	a) 32,49	0,83	102,9	2,6	39	27	1:7
	b) 44,6	1,3	141,6	3,8	34	37	1:7
	c) 56,7	1,1	180	3,7	48	47	1:9
	d) 20,6	0,85	65,36	2,8	23	17	1:10
Prywatna męzka C.	a) 32,34	1,07	117,7	3,9	30	30	1:9
	b) 31,2	1,04	113,5	3,7	30	29	1:14
	c) 37,7	0,7	137,3	2,7	50	36	1:8
	d) 32,3	0,8	117,7	2	40	20	1:7
Prywatna męzka D.	a) 31,1	0,7	108,8	2,5	42	28	1:8
	b) 34,2	0,61	119,8	2,1	56	31	1:6
	c) 34,2	0,68	119,8	2,3	51	31	1:6
	d) 12,9	0,4	45,15	1,6	28	11	1:3
	e) 9,9	0,9	34.65	3,15	11	9	1:5
	f) 31,1	0,9	108,8	3,2	34	26	1:8
Prywatna męzka E.	I 18,5	0,9	66	3,3	20	17	1:8
	II 31,5	0,7	112,4	2,8	40	29	1:7
	III 37,7	0,6	134,5	3,2	42	35	1:7
	IV 31,5	1,5	112,4	5,3	21	29	1:3
	Ia) 30,8	0,9	119,9	3,2	34	31	1:7
	IIa) 25,7	1,2	91,7	4	20	24	1:5
	IIIa) 26,9	2,2	96	8	12	25	1:6
	IVa) 14	2,3	49,9	8,3	6	13	1:6

Nazwa szkoły	Powierzchnia izby: m²	Powierzchni na 1 ucz. m²	Objętość izby m³	Na 1 ucznia m³	W klasie jest uczni	Klasa może pomieścić uczni	Stosunek pow. świetln. do pow. podłogi.
Prywatna męzka F.	a) 24,7	1,3	80,7	4,4	18	21	1:5
	b) 22,3	0,7	73	2,4	30	19	1:9
	c) 33,02	1,2	107,6	4.1	26	28	1:7
Prywatna żeńska A.	a) 41.6	0,7	136.8	2,3	58	36	1:12
	b) 30,8	0,7	95,1	2,2	42	24	1:8
	c) 21,4	0.6	66 3	1,8	34	17	1:5
	d) 48,8	1	160 5	3,4	47	42	1:9
	e) 32,6	1	107.2	3,5	30	28	1:9
	f) 20	0,8	65,8	3,1	21	17	1:11
	g) 15,6	1,9	51,3	6,4	8	13	1:9
Prywatna żeńska B.	a) 41,4	1	141,1	3,7	38	37	1:9
	b) 29,2	0,9	73.8	2,4	30	19	1:13
	I 29,8	0.9	75,3	2,5	30	19	1:8
	II 28.1	0,9	95.8	3,1	30	25	1:6
	III 30,3	1,4	103 3	4,9	21	27	1:7
	IV 21,1	1,7	71,9	5,9	12	18	1:10
	V 22,8	2,8	77,7	9,7	8	20	1:7
Prywatna żeńska C.	a) 25,2	1,0	80,6	3,6	22	21	1:7
	b) 17,5	1,4	56,35	4.6	12	14	1:5
	c) 18,2	0,8	58.6	2.7	21	15	1:5
	d) 18,2	0,5	58,6	1,8	31	15	1:5
Prywatna żeńska D.	a) 27,4	1,2	87,6	3,5	23	23	1:6
	b) 40,9	1,5	130,8	5	26	34	1:9
	c) 40,9	0,8	130.8	2,8	46	34	1:9
	d) 17,9	1,7	57,2	5,7	10	15	1:8
Prywatna żeńska E.	a) 24,38	0,8	81,91	2,73	30	21	1:5
	b) 30.21	1,83	101.5	6,3	16	26	1:6
	c) 18,02	1:5	96,58	8,04	12	25	1:7
Prywatna żeńska F.	a) 38,48	1,1	115,4	3,8	33	30	1:16
	b) 37,1	1,1	111,5	3,5	31	29	1:6
	a) 22,08	0,7	66,24	2,3	28	17	1:6
	d) 23,52	1,8	70,56	5,4	13	15	1:6
	e) 13,23	0,8	39,69	2,6	15	10	1:5
Prywatna żeńska G.	a) 21,75	1,4	72,6	4,8	15	19	1:5
	b) 31,14	1.19	104	4	26	27	1:7
	c) 12,04	0,54	40,21	1,8	22	10	1:2
Prywatna żeńska H.	a) 34,6	2,8	114,8	9,5	12	30	1:10
	b) 28	1,5	92,9	5,1	18	24	1:4
	c) 11.6	0,5	38,5	1,8	21	10	1:2
	d) 13,8	0,8	45,8	2,8	16	12	1:2
	e) 27,19	1,6	89,9	5,6	16	23	1:4
Prywatna żeńska I.	a) 25,1	0,8	117,4	3,9	30	30	1:6
	b) 20,7	2,06	96,8	9,08	10	25	1:2
Prywatna żeńska K.	a) 40,3	1,2	139	4,3	32	36	1:10
	b) 17,8	1,4	61,4	5,1	12	16	1:8

Zestawiając dane tablicy I a, widzimy, że w 17 szkołach miejskich objętość wszystkich pokoji stanowi 5526,39 sześc. m.; ponieważ w tych szkołach znajdowało się 2388 dzieci, przypada więc na każdego uczącego się zaledwie 2,3 sześć. m. powietrza (norm. 3,8). Jeżeli na jedną osobę liczyć będziemy minimum 3,8 sześć. m. przestrzeni, to w tych 17 szkołach rządowych powinno by być nie 2,388 lecz 1454 dzieci; innemi słowy: w szkołach rządowych uczuwać się daje ogromne przepełnienie, które wyraża się cyfrą prawie $1^1/_2$. Co się tyczy prywatnych zakładów naukowych, to, jak wykazuje taż tablica pod literą b, widzimy, że, chociaż w niektórych szkołach przepełnienie jest bardzo wyraźne, wogóle jednak ich stan jest lepszym niż stan szkół elementarnych. Ogólna objętość wszystkich pokoji zakładów naukowych prywatnych stanowi 6987,78 m^3, a ilość uczących się w tych zakładach: 2078; więc na jedną osobę wypada 3,36 m^3; gdyby na jedną osobę było 3,8 sześć. m. przestrzeni (minimum żądań hygjeny), to w tych 16 zakładach prywatnych znajdowałoby się osób 1838. Ta przeciętna nie maluje istoty rzeczy, jeśli chodzi o szkoły oddzielne, z których niektóre są bardzo przepełnione. Tak np. w szkolę męzkiej E powinno być 136 osób tymczasem liczba dzieci podana mi przez przełożonego wynosiła 222. Pensja żeńska B. może pomieścić 177 osób, a podana była liczba 240 uczenic. Przepełnienie jest wadą wszystkich naszych szkół, a źródło tego tkwi w niewystarczającej ilości szkół zarówno miejskich jak i prywatnych—w obec ogromnej liczby dzieci płci obojej garnących się do nauki.

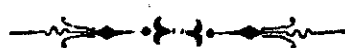
Wogóle, na jedną osobę przypada w szkole elementarnej od 1,6 (minimum) do 3,2 (maximum) m^3 powietrza; tylko w 2 klas. męz. żydow szkole w jednym pokoju przypada na jedną osobę 6,3 sześć. m., t. j. liczba przewyższająca normę; zaś w szkołach prywatnych maximum przestrzeni przypadającej na jedną osobę stanowi 9,08 minimum zaś 1,8 m^3.

II. *Oświetlenie izb szkolnych.* Hygjena szkolna wymaga, by stosunek powierzchni świetlnej okien do powierzchni podłogi wyrażał się cyframi 1:5. W szkołach przezemnie obejrzanych (Tabl. I) znajdujemy takie stosunki: większa część pokoji szkolnych posiada bardzo mało światła. Na 41 pokoji szkół elementarnych zaledwie 16 ma dostateczną ilość światła; w innych szkołach widzimy cyfry 1:12 a nawet 1:15 (w szkole ogólnej № 9). Jeszcze gorzej pod tym względem dzieje się w szkołach prywatnych; na 77 izb szkolnych zaledwie 20 ma dosyć światła (od 1:5 do 1:2); w pozostałych izbach szkolnych stosunek ten waha się w granicach 1:6 aż do 1:16, Niektóre elementarne szkoły (№ 9, № 10, № 14, № 28, № 2 żeńska żydowska) a z prywatnych szkoła męzka pryw. C, żeńska pensja A i B. nie mają ani jednej izby szkolnej właściwie oświetlonej. Ten zasadniczy brak szkół w Łodzi zależy przedewszystkiem od tego, iż większa część szkół mieści się na 2-iem piętrze, gdzie pokoje są niższe, a więc i okna mniejsze, a powtóre, że szkoły mieszczą się w lokalach przeznaczonych na prywatne mieszkania, gdzie jeden duży pokój, t. zw. jadalnia, ma jedno okno weneckie, często murem zasłoniętę, a jednak ten pokój służy jako izba szkolna (stosunek 1:12 nawet 1:16).

III. *Przewietrzanie i ogrzewanie.* Z ilościowym brakiem powietrza w niejednej szkole można by się już było zgodzić, gdyby izby szkolne były należycie przewietrzane. Niestety, przewietrzanie jest najsłabszą stroną naszej hygjeny szkolnej. Wcale nie we wszystkich szkołach elementarnych i zakładach prywatnych okna są zaopatrzone w tak elementarne urządzenie, jak lufciki i oberlichty—tam zaś, gdzie się takowe znajdują, korzystają z nich tylko latem, rzadko lub wcale—zimową porą, a to by nie wystudzić mieszkania. Jedyny w tych lokalach wykonalny, choć pierwotny, sposób wietrzenia, polegający na otwieraniu jednoczesnem okien i drzwi, podczas przerw między wykładami, nie może być stosowany dla braku sal rekreacyjnych, w których można by było, bez względu na porę roku, umieścić dzieci na ten czas. Nic też dziwnego, że podczas oględzin szkół nieraz znajdywałem w izbach szkolnych powietrze duszące, ciężkie, przesycone wyziewami i wilgocią. Ponieważ większa część szkół rządowych i prywatnych mieści się od ulicy, niepodobna—z powodu zgiełku ulicznego—otwierać okien, nawet porą letnią. Jeżeli dodam, że większa część szkół szatni wcale nie posiada, że więc wierzchnia odzież wisi w klasie, natenczas i bez chemicznego badania powietrza będzie niewątpliwem, że w tych szkołach powietrze jest stale złem.

Ogrzewane są szkoły, o których mowa, przez palenie węgli kamiennych w piecach kaflowych, co się uskutecznia zwykle około 6-tej z rana. Jaka ciepłota utrzymuje się w izbach szkolnych podczas zimy—niewiem, zwiedzałem bowiem szkoły letnią porą, lecz, że nie jest ona równomierną w różnych częściach pokoju, nie ulega kwestji, a to wskutek położenia pieców przeważnie przy ścianach przednich. P P. nauczyciele są zdania, że zimą różnica między ciepłotą pierwszych ławek a ostanich dochodzi do 1°.

(*D. n.*)



O koloniach letnich dla ubogich dzieci w Łodzi.

Podał Dr. med. **M. Berenstein.**

(*Dokończenie*).

Te cyfry wskazują przeciętny, na jedno dziecko, w roku ubiegłym wydatek, włączywszy koszty administracji, przejazdów, odzieży, leków.

Łódzkie kolonje letnie powinny być wliczone do zamkniętych, odrębnych; tylko w Ciechocinku chłopcy zamieszkują ten sam dom, co dziewczynki. Czas pobytu w naszych jest krótszy, niż w rosyjskich, gdzie dzieci pozostają 2—2½ miesiąca. Komitet łódzki pod tym względem kieruje się doświadczeniem, opartem na licznych badaniach i spostrzeżeniach, w przeciągu ostatnich 20 lat poczynionych w Europie

Zachodniej. Perjodyczne ważenie wykazało, że waga po upływie 3 tygodni nie wzrasta; przyrost wagi daje się szczególnie zauważyć w ciągu 1 tygodnia. Dzięki krótszemu pobytowi można posyłać po 3 grupy w ciągu roku, przez co daje się możność umieszczenia większej ilości dzieci. Dzieci, które spędziły jeden sezon na wsi, mogą, w razie pogorszenia się ich stanu, być wysłane w następnym roku. Szkoda, że sprawozdania nie wspominają, jaka odsetka korzystała z powtórnego pobytu. Na zasadzie tych danych można by było wnioskować o trwałości wyników, osiąganych w kolonjach letnich. Mogłoby to służyć do przekonania ludzi, sceptycznie zapatrujących się na pożytek kolonji. Ludzie ci twierdzą, że jednomiesięczny pobyt na wsi nie może dawać trwałych wyników, że dzieci, powróciwszy do poprzednich nędznych warunków, bardzo prędko tracą to, co nabyli w ciągu lata. Oni utrzymują, że dostarczając dzieciom, pochodzącym ze sfery ubogiej, komfortu, wywołujemy u nich, a szczególnie u starszych, niezadowolenie ze swego położenia, zazdrość względem warstw zamożniejszych. Ich zdaniem dość znaczne sumy pochłaniane przez kolonje, mogą być z większą korzyścią obracane na rozdawanie bezpłatnych śniadań i obiadów w szkołach, oraz na powiększenie liczby przytułków dziennych.

Cały szereg sumienny prac, ludzi stojących na czele kolonji, jak pastora Biona w Zurychu, Dr. Grebla w Frankfurcie n. O., Dr. Schmidt-Mornarda w Halli, Dr. Markiewicza i Kosmowskiego w Warszawie i t. d. dowodzą, że obawy te są zupełnie płonne, i że wyniki są dość trwałe. Nauczyciele świadczą, że dzieci, które były na wsi, rzadziej się uskarżają na ból głowy, mniej opuszczają lekcji i są uważniejszemi.

W Dreznie, Moguncji, Frankfurcie nad Menem, Berlinie i niektórych innych miastach niemieckich komitety kolonji letnich w przeciągu dość długiego czasu po powrocie ze wsi zajmują się swymi wychowańcami, ważą i poddają ich dokładnemu badaniu lekarskiemu, tracącym na wadze dostarczają mleka i bezpłatnych śniadań. Systematyczne spostrzeżenia w wspomianych miastach wykazały, że w 42,5% waga w dalszym ciągu prawidłowo wzrasta, w 17% pozostaje bez zmiany, a u pozostałych 40,5% ubywa. Wysyłając na wieś ostatnią grupę w następnych latach, można nawet u najsłabszych podnieść energję życiową tkanek i założyć podwalinę do dalszego rozwoju fizycznego.

Z słabych, chorych dzieci, bardzo często dotkniętych usposobieniem do chorób konstytucyjnych, dzięki kolonjom udaje się wychować ludzi, względnie, zdrowych i zdolnych do pracy produkcyjnej.

Co się tyczy moralnego i wychowawczego, wpływu, to pewnie wszyscy, którzy mieli możność bliższego poznania ich życia, uważają go za bardzo ważny. Pastor Bion pod tym względem daje kolonjom pierwszeństwo przed szkołami. Zachowanie dozorcy względem dzieci ma charakter przyjacielski, a nawet w części rodzicielski; niema tam surowej karności, która bardzo często bywa przyczyną obawy nauczycieli. Z powodu przyjacielskich stosunków dosyć łatwo można poznać charakter dzieci i dobroczynnie na nie wpływać. Takie głosy dają się często słyszeć w Europie Zachodniej, w krajach, gdzie oddawna wprowadzono przymus szkolny, gdzie prawie wszyscy umieją czytać, gdzie robotnicy i ubodzy rzemieślnicy pod względem wykształcenia i rozwoju umysłowego stoją bez perównania wyżej od naszego proletarjatu; samo przez się rozumie się, że wpływ wychowawczy kolonji w naszem mieście powinien być jeszcze wybitniejszy. U nas większość dzieci ubogich jest pozbawiona wszelkiego wychowania domowego i szkolnego, ponieważ rodzice zmuszeni do całodziennej pracy w fabryce lub warsztacie, albo do wysiadywania na ulicy, pozostawiają swe dzieci prawie bez opieki. Drobna tylko część dzieci, będących w wieku szkolnym, uczęszcza do szkół, reszta zaś z powodu braku środków i skąpej ilości szkół, całe dnie spędzają w brudnych i ciasnych mieszkaniach albo wałęsają się po ulicach, gdzie wcześnie ulegają zepsuciu moralnemu. Takie dzieci dopiero w kolonji doświadczają wpływu ludzi do pewnego stopnia mających przygotowanie pedagogiczne; tam uczą się czystości, porządku, przyzwoitości i poznają zasadnicze prawidła moralne. Znakomitą zapewne rolę odgrywa doświadczenie, sumienność, cierpliwość i ofiarność dozorców.

W pierwszych latach istnienia skład osób, zawiadujących kolonjami, szczególnie dla chłopców, był nie zupełnie zadawalający. W kolonjach dla chłopców—żydów nawet i teraz nie zawsze udaje się dobrać dostatecznie inteligentnych ludzi, znających choćby w ogólnych zarysach nauki przyrodnicze i życie wiejskie. Kolonjami dla dziewcząt zawiadują nauczycielki lub froeblówki; one sumiennie i umiejętnie spełniają sweobowiązki. Można by zatem śmiało oddać kobietom zawiadywanie kolonjami dla chłopców, czego jednak dotychczas ani w Warszawie, ani w Łodzi nie uczyniono.

Pomimo pewnych wad dozorców, prawie wszystkie dzieci wracają do domu zdolniejszemi fizycznie i z pewnym taktem, nabywszy znakomity zapas nowych wiadomości o życiu wiejskiem, o pracy w polu, umiłowawszy przyrodę i wzbogaciwszy swój widnokrąg umysłowy. Można śmiało powiedzieć, że kolonje u nas dla wielu dzieci zastępują szkołę.

Opierając się na wzrastającej ciągle liczbie dzieci, wysyłanych do kolonji, i na sympatji, którą okazuje ludność, można uważać dalsze ich istnienie za ustalone.

Pozostaje tylko do życzenia, aby obydwa komitety z dotychczasową energją nadal się starały o powiększenie swych środków i o polepszenie kolonji, w takim razie należy przypuszczać, że w blizkiej przyszłości kolonje będą się mieściły w własnych domach, że dzieci nie będą tak skupione, że przy każdej kolonji będą urządzane kąpiele, małe ogródki, przyrządy do gimnastyki i bibljoteki. Dotychczas główna uwaga komitetu była skierowana na powiększenie liczby wysyłanych dzieci; od czasu otwarcia kolonji wewnętrzne ich urządzenie i czas pobytu prawie się nie zmieniły, gdy tymczasem wprowadzenie pewnych udoskonaleń, nie połączonych z znacznymi wydatkami, byłoby bardzo do życzenia.

Co do ilości wysyłanych dzieci, nie stoi Łódź niżej od wielkich miast Europy Zachodniej, ale pod względem urządzenia kolonji nie może się z niemi równać. Wtedy, gdy w Niemczech i Francji liczba kolonji leczniczych w górach i nad morzem wciąż się powiększa, Łódź, za wyjątkiem przeznaczonej dla żydów w Ciechocinku, niema ani jednej porządnie urządzonej stacji sanitarnej.

O dzieci po ich powrocie ze wsi nikt się nie troszczy, chociaż następcza opieka dla komitetu żydowskiego nie przedstawiałaby trudności w obec tego, że w Łodzi żydzi bezpłatnie pielęgnują swych ubogich chorych. Należałoby tylko lekarzom odnośngo stowarzyszenia polecić pieczę nad słabemi dziećmi, którym trzeba by było wydawać mleko, jajka, mięso. Nie ulega wątpliwości, że chrześć. Tow. Dobr. za pośrednictwem opiekunów cyrkułowych byłoby udzielało pomocy ubogim słabowitym dzieciom. Na ten czas, kiedy one pozostają w mieście, należałoby urządzić *ogródki*, gdzie przepędzać by mogły dni całe. Takie urządzenia są niezbędnem niejako dopełnieniem instytucji, o której mowa.

Na zakończenie powinienem zaakcentować współudział lekarzy łódzkich w rozwoju kolonji dla ubogich dzieci, współudział czynny, trwający od ich założenia do chwili obecnej, wyrażający się badaniem kandydatów, opieką nad kolonjami i zabiegliwością w zyskiwaniu poparcia dla tych instytucji publicznej opieki nad dziećmi.

W kolonjach chrześćjańskich żywy udział brali lub biorą koledzy; Bondy, Koliński, Markowski, Rokicki, Rząd, Wieliczko i Wisłocki; w kolonjach żydowskich, koledzy: Elcyn-Sakowa, Goldman, Kaufman, Henryk Kohn, Pański, Rundo i Zeligsohnowa.

Za udzielenie mi danych tyczących kolonji łódzkich niniejszem dziękuję panu Wścieklicy i koledze Rundzie.

Kolonje chrześćjańskie:

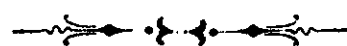
ROK	Kolonja	Chłopców	Dziewcząt	Ogółem	Przyrost wagi*)	Wydatki
1893	1) Ziewaniec	25				
	2) Stryków	25				
	3) Wygoda Mikołajewska		50			
				100	Od 3—9 f.	1682 rb. 53 kop.
1894	1) Niesiołków	21				
	2) Fabianka	20	55			
	3) Szydłów		90			
				256	2—6 f.	3132 rb. 31 kop.
1895	1) Fabianka		122			
	2) Bronowice	89				
	3) Bryski	90				
	4) Puczniew		60			
				361	1,84—4,15	3977 rb. 90 kop.
1896	1) Bronowice	181			2,81 f.	
	2) Gałkówek		90		2,74 „	
	3) Bryski		60		2,71 „	
				331		3292 rb. 13 kop.
1897	1) Bronowice	210			3,35 f.	
	2) Dmosin		185		2,72 „	
				395		4229 rb.
1898	1) Bronowice	210			2,63 f.	
	2) Dmosin		211		3,35 „	
				421		4287 rb. 30 kop.
		941	923	1864		20557 rb. 17 kop.
				Dochód od 1893—1898 r. 24,035 rb. 90 kop.		

Kolonje żydowskie

1893	Krzyżówka		52	52	Od 4—14 f.	913 rb. 79 kop.

*) Przyrost wagi przeciętny; dla każdej kolonji osobno nie wszędzie wskazany.

ROK	Kolonja	Chłopców	Dziewcząt	Ogółem	Przyrost wagi*)	Wydatki
1894	1) Krzyżówka		89			
	2) Nieznanowice	50				
	3) Ciechocinek	5	5	149	2—16 f.	2286 rb. 86 kop.
1895	1) Krzyżówka		94			
	2) Nieznanowice	50				
	3) Kamińsk	82				
	4) Ciechocinek	5	5	236	2—15 f.	4244 rb. 18 kop.
1896	1) Krzyżówka		180			
	2) Nieznanowice	52				
	3) Lutomiersk	120				
	4) Ciechocinek	5	5	362	1—18 f.	5679 rb. 34 kop.
1897	1) Krzyżówka		186			
	2) Nieznanowice	52				
	3) Lutomiersk	126				
	4) Ciechocinek	12	8	389	2—14 f.	6896 rb. 11 kop.
1898	1) Krzyżówka		189			
	2) Nieznanowice	55				
	3) Lutomiersk	129				
	4) Ciechocinek	15	15	403	0—18 f.	6267 rb. 58 kop.
		758	836	1591		26287 rb. 86 kop.
				Dochód od 1893—1898 r. 32,230 rb. 61 kop.		



Szpital Ś-tego Walentego w Kutnie

oraz słów kilka w sprawie znaczenia, potrzeby i stanu obecnego szpitali na prowincji.

Podał Dr. **Antoni Troczewski** (lekarz tegoż szpitala).

Zamierzając w skromnej pracy niniejszej zwrócić szczególną uwagę na doniosłe znaczenie szpitali w sprawie organizacji pomocy

*) Przyrost wagi przeciętny; dla każdej kolonji osobno nie wskazany.

lekarskiej dla biednej ludności i wykazać pewne zasadnicze braki w obecnym stanie szpitalnictwa na prowincji, obieram sobie jako punkt wytyczny szpital kutnowski. Aby zaś dać pojęcie o typie i urządzeniu szpitali na prowincjonalnych pozwalam sobie zamieścić szczegółowy opis szpitala w Kutnie.

Krótki rys historyczny: Szpital Ś-tego Walentego w Kutnie zbudowany został w r. 1843, głównie z ofiar dobroczynnych i za staraniem ludzi dobrej woli. Właściciele ziemscy i mieszkańcy byłego powiatu Gostyńskiego, uznając naglącą potrzebę zapewnienia i ułatwienia pomocy lekarskiej niezamożnym mieszkańcom miasta i wsi okolicznych, postanowili w r. 1840 podjąć starania w celu wybudowania szpitala w Kutnie. W tym celu, t. j. dla zebrania funduszów, właściciele ziemscy b. pow. Gostyńskiego w r. 1841 urządzili jeden, a w r. 1842 dwa bale publiczne wraz z loterją fantową i ze źródła tego osiągneli zysku czystego 1870 rb. 77 kop.

Ponieważ według kosztorysu na budowę szpitala potrzebna była suma najmniej 7,000 rb., przeto ówczesny właściciel domin. Kutna — p. Feliks Mniewski, ofiarował bezpłatnie pod budowę szpitala plac, obejmujący 3 morgową przestrzeń, a także materjał budowlany (przeważnie cegłę)—wartości 1776 rb. 60 kop. Wreszcie, ustanowiona w roku 1841 Rada opiekuńcza zakładów dobroczynnych dla byłego pow. Gostyńskiego wyjednała od skarbu zasiłek gotówką w wysokości 750 rb., jak również potrzebną ilość drzewa budulcowego z lasów rządowych, wartość którego oceniono na rb. 2462 kop. 90. Reszta potrzebnych funduszów dopełnioną została za pomocą drobnych ofiar dobrowolnych od różnych osób.

Rozporządzając środkami powyższymi Rada opiekuńcza w r. 1842 rozpoczęła budowę szpitala podług planu sporządzonego przez budowniczego Marconiego i poruczyła przedsiębiorstwo budowy panu Feliksowi Mniewskiemu. W roku 1843 budowa szpitala została już ukończona, w roku zaś 1844 szpital oddano dla użytku chorych, których w ciągu tego roku leczyło się w szpitalu 21.

W roku 1845 szpital w Kutnie otrzymał nazwę „szpitala Ś-tego Walentego.“ a w roku 1846 zatwierdzony został przez władze rządowe *etat na 26 łóżek*; etat ten w r. 1873, po odpowiedniem rozszerzeniu i przeróbce szpitala kosztem 2017 rb. podniesiony został *do 35 łóżek*. Wreszcie w r. 1883 właściciel okolicznych cukrowni P. Naftal Majzner własnym kosztem rozszerzył szpital Ś-tego Walentego przez dostawienie do gmachu frontowego nowej części jednopiętrowej na obszernych suterynach, wraz z urządzeniem wewnętrznem; wartość tej przybudówki ocenioną została wówczas na 12000 rb. Wobec nowego powiększenia szpitala zatwierdzony został ostatecznie *etat na 50 łóżek*.

Wartość głównego budynku szpitalnego (r. 1842—1845)	= 7000 rb.
„ zabudowań gospodarczych i oparkanienie (r. 1845)	= 1437 „
Koszt przeróbek i poważniejszych robót od r. 1845 do 1870	= 1539 „

Koszt powiększenia szpitala i odnowienia w r. 1870. . . . . = 2017 „
Powiększenie głównego gmachu szpitala kosztem ofiary P. N. Majznera w r. 1883 . . . . około 12000 „
Ogólna wartość zabudowań szpitalnych około 23993 rb.

Od r. 1832 do 1870 sprawami szpitala zawiadywała t. zw. Rada opiekuńcza zakładów dobroczynnych, składająca się przeważnie z przedstawicieli obywatelstwa okolicznego i obywateli miasta Kutna. Godność prezesa rady opiekuńczej b. pow. Gostyńskiego w r. 1842 piastował p. Mniewski. W r. 1870 na mocy ukazu Senatu Rządzącego z dnia 19 czerwca 1870 r. zniesione zostały w miastach gubernjalnych i powiatowych Rady opiekuńcze zakładów dobroczynnych i na ich miejsce utworzone zostały Rady gubernjalne i powiatowe dobroczynności publicznej („Gubernskije i ujezdnyje sowiety obszczestwiennawo prizrenja“). Przewodniczącym w Radzie powiatowej jest z urzędu Naczelnik powiatu, do składu Rady w charakterze stałych członków— z prawem głosu, wchodzi paru właścicieli ziemskich, kilku urzędników powiatu (referentów), kurator szpitala i z urzędu lekarz i budowniczy powiatu. Lekarz szpitala do Rady nie należy i na posiedzenia jej może być powoływany jedynie z głosem doradczym, co zresztą zależy zupełnie od dobrej woli przewodniczącego Rady; wszystkich członków Rady na przedstawienie naczelnika powiatu — mianuje i zatwierdza Gubernator.

Opis szpitala: Szpital Ś-go Walentego położony jest we wschodniej stronie miasta Kutna i wzniesiony został na obszernym placu, obejmującym 3 morgową przestrzeń, z której 1 morgę obejmują dziedziniec i zabudowania szpitalne, pozostałe zaś 2 morgi obrócone zostały na ogród warzywno-owocowy. Front tego placu przylegający od południa do szosy Warszawsko-Kaliskiej, ma 300 stóp długości; plac ten graniczy od wschodu z ogrodem, należącym do zarządu XII okręgu komunikacji, od północy z gruntami dom. kutnowskiego, od zachodu z gruntami obywateli m. Kutna.

Główny budynek szpitalny (właściwy szpital) położony jest nad szosą warszawsko-kaliską i zwrócony do niej frontem; od szosy oddziela szpital niezbyt szeroka, lecz dobrze zadrzewiona, przestrzeń, stanowiąca rodzaj skweru, po środku którego tuż nad szosą stoi piękna statua kamienna, wyobrażająca Ś-tego Walentego, wykonana przez znanego rzeźbiarza Syrewicza.

Zarówno skwer przed szpitalem, jak i dość obszerny i trochę zadrzewiony dziedziniec po za nim, służą dla użytku chorych podczas ciepłych miesięcy w roku; wogóle szpital, stojąc zdala od miasta na otwartej zewsząd przestrzeni, mógłby posiadać wyborne warunki hygjeniczne, gdyby nie stawały temu na przeszkodzie wadliwe urządzenia wewnętrzne.

Gmach frontowy, czyli właściwy szpital, stanowi budynek murowany, jednopiętrowy, kryty blachą, z obszernemi suterynami. W suterynach mieszczą się: kuchnia, pralnia, wanny, spiżarnie, piwnice

i zbiornik murowany do wody, połączony ze studnią arteryjską w dziedzińcu za pomocą żelaznej rury. Na parterze przez $^{2}/_{3}$ długości budynku przechodzi kurytarz z wejściem do 2 sal żeńskich, każda na 9—10 łóżek, w jednym końcu kurytarza są wejścia do ustępu, do mieszkania szwajcara i felczera, w drugim końcu—wejścia do mieszkania sióstr miłosierdzia, do apteki, do suteryn i na dziedziniec szpitalny. Na I piętrze taki sam kurytarz z wejściem do 3-ch obszernych sal męzkich, każda na 11 łóżek, dwie dla chorych wewnętrznych, 1 dla chirurgicznych; w jednym końcu kurytarza wejście do ustępu, w drugim wejście do właściwego oddziału chirurgicznego, który składa się z sali operacyjnej i opatrunkowej o 2 oknach, małej salki operacyjnej o 2 oknach (dla operacji aseptycznych) i z dużej i pięknej sali dla chorych chirurgicznych o 4 oknach (2 od południa i 2 od północy), od 10—12 łóżek. Wreszcie, pod dachem mieszczą się: kurytarz, góry do bielizny, skład na rzeczy chorych i pośrodku kurytarza wejście do 1 dość nizkiej sali dla kobiet z chorobami wenerycznemi na 10 łóżek; na końcu kurytarza—ustęp.

Wszystkie sale dla chorych zwrócone są oknami na północ(!), kurytarze oknami na południe. Stało się to podobno wskutek tego, że pierwotnie szpital miał stanąć po drugiej stronie szosy, ale przy zmianie placu budowniczy zapomniał jakoby zmienić plan tak, aby okna sal wychodziły na południe. Wszystkie ustępy mieszczą się w jednym końcu budynku, w oddzielnej wieży, pod którą istnieje zbiornik cementowy, nieczystości ściekają tutaj za pomocą rur żelaznych, doprowadzających na każdym piętrze do 2 sedesów; wentylacja ustępów jest wadliwa, głównie za pomocą otwierania okien, co dobre jest w lecie jedynie; podczas surowej zimy zawartość rur często zamarza i wtedy po kurytarzach i salach rozchodzi się niemiła, ostra woń amoniakalna. Kurytarze są nieogrzewane, co podczas zimy bardzo przykro odczuwają zarówno chorzy, jak i personel szpitalny. Wszelkie nieczystości z kuchni i pralni (płynne) odprowadzone są za pomocą cementowego kanału podziemnego do takiegoż zbiornika, umieszczonego w rogu dziedzińca szpitalnego nad samą szosą; ztąd co pewien czas zawartość zbiornika, płynna, wypompowywa się do rowu szosowego, części zaś osadowe wywożone zostają na pola; ponieważ rów szosowy ma spadek w kierunku do miasta, sposób ten usuwania nieczystości bardzo często zanieczyszcza powietrze na szosie i w mieście, trudno zaś złemu zaradzić wobec tego, że brak odpowiedniego spadku od strony północnej nie pozwala na wyprowadzanie nieczystości wprost na pola. Jedną z największych obecnie wadliwości w wewnętrznem urządzeniu szpitala jest brak oddzielnego i odpowiedniego pomieszczenia do kąpieli dla chorych, właściwie szpital nie posiada wcale łazienki(!); jedyna wanna, możliwa do użytku, mieści się w suterynach, w źle oświetlonej, nie zbyt suchej izbie, dokąd chorzy dostają się przez nieogrzewane sienie i kurytarze. Drugą ważną wadliwość stanowi brak choć kilku oddzielnych pokoików, lub małych salek, dla chorych zakaźnych; niemożliwem jest również przyjmowanie do szpitala chorych zamożniejszych (szereg chirurgicznych), którzy mogąc, płacić za pobyt w szpitalu znacznie większą ponad zwy-

kłą normę (około 32 kop.), stanowiliby pewne rzeczywiste źródło odchodu dla szpitala. Do ważnych niedogodności zaliczam również brak wodociągu (b. łatwo urządzić zbiornik wody pod dachem z rurami rozprowadzającemi wodę po salach i ze zlewami) i kamery dezynfekcyjnej. Wszystkie powyższe urządzenia w szpitalach prowincjonalnych, z których korzysta ludność najbiedniejsza, a na nieszczęście, w kraju naszym nie bardzo przywykła do czystości ciała, są nagląco konieczne; bez nich niemożliwem się staje zadośćuczynienie najniezbędniejszym warunkom i zasadom racjonalnego leczenia i pielęgnowania chorych. Do takich warunków zaliczyć należy obfitość pościeli i bielizny dla chorych, a tej, jak prawdopodobnie w wielu innych szpitalach prowincjonalnych, tak i w szpitalu kutnowskim straszny brak czuć się daje.

Nie podobna winić o brak tych wszystkich, wyliczonych tutaj i wielu innych urządzeń szpitalnych, Zarządu szpitala; wina ciąży tu jedynie i wyłącznie na społeczeństwie tutejszem. Szpital Ś-go Walentego jest zupełnie biedny, nie posiada żadnych prawie kapitałów, ani majątku, utrzymuje się wyłącznie z opłat od chorych i niewielkiego podatku szpitalnego, obciążającego właścicieli nieruchomości w mieście i okolicy. Dochody powyższe są tak niedostateczne, że wystarczyć na potrzeby szpitala nie mogą i Zarząd szpitala dobrze nieraz głowy nałamać sobie musi, aby jako tako związać koniec z końcem. Trudno pewnie byłoby znaleźć drugie miasto i zakątek kraju w Królestwie Polskiem, taki jak Kutno, gdzieby zarówno mieszkańcy miasta jak i okolicy, tak mało interesowali się, z tak dziwną i karygodną obojętnością, a nawet niechęcią, zachowywali się względem tyle pożytecznej i tak sympatycznej instytucji, jaką powinien być szpital. Od czasu jak pracuję w szpitalu kutnowskim, t. j. od roku 1891, prawie nikt z mieszkańców miasta i okolicy nie zapytał się mnie jak jest urządzony, jakie ma potrzeby, w jaki sposób istnieje, szpital kutnowski; przez cały ten okres czasu *nie zwiedził szpitala Ś-go Walentego ani jeden mieszkaniec, ani jedna mieszkanka miasta i okolicy.* A przecież przez samą ciekawość należałoby to uczynić od czasu do czasu, nie mówiąc już o tem, że obowiązkiem moralnym inteligencji prowincjonalnej jest troska o wszelkie tego rodzaju instytucje dobra publicznego. Zainteresowanie się losami szpitali prowincjonalnych, częste ich zwiedzanie przez przedstawicieli społeczeństwa miejscowego, nauczyłoby wiele; skuteczniej niż wszelkie odezwy i nawoływania przekonałoby, jak wielki pożytek przynoszą, a zwłaszcza przynosić by mogły, szpitale prowincjonalne, jak ciężką nieraz jest ich egzystencja, ile trudu, pracy i starań nad siły podejmować musi lekarz szpitalny, aby postawić szpital w warunkach jako tako możliwych, aby sprawę leczenia prowadzić zgodnie z zasadami nauki. A jakże często wzamian za to spotyka się on z bezmyślną krytyką nieświadomych stanu rzeczy ludzi, którzy swą obojętność, lenistwo i brak uczuć obywatelskich ukryć się starają pod płaszczykiem źle udawanych zasad, lub usprawiedliwić najniedorzeczniejszymi i fałszywymi względami. Sprawę szpitalnictwa na prowincji uważam za tak doniosłą, co poniżej obszerniej postaram się umotywować, że zaintereso-

wanie się nią i szczery, energiczny, w niej udział ze strony społeczeństwa prowincjonalnego uważam za jeden z ważniejszych jego obowiązków obywatelskich.

Wracając do opisu szpitala kutnowskiego, pozostaje mi dodać, że jest on obecnie pod opieką dwóch lekarzy, z których jeden etatowy (z pensją 400 rb.), drugi nadetatowy (150 rb.) i dwóch sióstr miłosierdzia, (Elżbietanki), z których jedna prowadzi zarząd gospodarczy szpitala, druga jest aptekarką i opiekuje się chorymi; oprócz tego szpital ma stałego felczera (z pensją 120 rb. i z mieszkaniem o 1 pokoju przy szpitalu), do którego należy również prowadzenie ksiąg szpitalnych. Niższa służba szpitalna składa się z osób 10, mianowicie: szwajcar, stróż, 2 posługaczy, 3 posługaczki, 1 kucharka i 2 praczki. Jeden z posługaczy obsługuje oddział wewnętrzny, drugi chirurgiczny, ten ostatni pełni jednocześnie służbę przy sali operacyjnej. Obsługa to wysoce niedostateczna, zważywszy, że podczas miesięcy jesiennych i zimowych dzienna liczba chorych dochodzi nieraz do 80 i więcej, że chorzy chirurgiczni stanowią najczęściej $^{2}/_{3}$ ilości ogólnej, że z pośród chorych jest wielu zanieczyszczających się lub niedołężnych.

Od czasu założenia szpitala, t. j. od r. 1844 do chwili obecnej było 4 lekarzy etatowych, mianowicie D-rzy Markusfeld, Kosztulski, R. Zaleski (od roku 1871 do r. 1896) i A. Troczewski (od listopada r. 1896) Do r. 1891 zarządzał szpitalem tylko jeden lekarz etatowy. Na skutek starań podjętych przezemnie i przez Zarząd szpitala w roku 1891 utworzoną została, dzięki przychylnej decyzji i zabiegom p. Inspektora lekarskiego Dr. med. M. Lewińskiego, druga posada lekarza nadetatowego—bez pensji, a od połowy r. 1894 z pensją 150 rb. rocznie; obowiązki lekarza nadetatowego spełniałem ja od r. 1891 do listopada r. 1896, a od tego czasu, po wyjściu do emerytury D-ra Zaleskiego, objąłem posadę lekarza etatowego, moje zaś miejsce zajął kol. Szpiganowicz.

Do roku 1891 szpital kutnowski nie miał oddzielnego, specjalnie urządzonego, oddziału chirurgicznego, operacje, w braku chirurga dokonywały się rzadko, w razie koniecznej i naglącej potrzeby, głównie w przypadkach urazowych. Dopiero w r. 1891, dzięki łaskawemu oddaniu pod moją wyłączną opiekę chorych chirurgicznych, przez ówczesnego etatowego lekarza, D-ra Zaleskiego, za co na tem miejscu składam mu serdeczne podziękowanie, zacząłem urządzać specjalny oddział chirurgiczny, uzyskawszy pozwolenie Rady szpitalnej powiatowej na poczynienie odpowiednich przeróbek w celu urządzenia sali operacyjnej i opatrunkowej. Przez kilka pierwszych lat operować musiałem wyłącznie własnemi narzędziami i przy bardzo pierwotnem urządzeniu sali operacyjnej, posiadającej jedynie chyba warunki septyczne: Z roku na rok, stopniowo i przeważnie kosztem własnym, co, jak się rzekło wyżej, było i jest jedynie możliwem wobec obojętności ogółu tutejszego, zdobywałem sobie urządzenia, warunkujące racjonalne prowadzenie oddziału chirurgicznego, z roku też na rok, dzięki tym ulepszeniom, osiągać mogę coraz lepsze wyniki pracy.

Obecnie mam oddział chirurgiczny wraz z główną salą dla chorych (mężczyzn) w nowszej części szpitala, na I piętrze, zupełnie od-

dzielnie od innych sal. Oddział ten składa się z małej, nieprzejściowej, salki operacyjnej, malowanej olejno, zpodłogą jednak drewnianą; w salce tej wszystkie meble są z żelaza i ze szkła, służy ona do operacji czystych i do laparotomij. Druga sala, przejściowa, służy do wszelkich innych operacji i do opatrunków; w tej sali wszystkie meble są drewniane, malowane olejno — na kolor biały; z sali tej jest wprost wejście do sali dla chorych chirurgicznych, po operacjach cięższych; jest to najpiękniejsza i najlepsza sala szpitalna pod względem zdrowotnym, brak w niej jedynie dobrych urządzeń wentylacyjnych, dający się zresztą łatwo usunąć. Łóżka w szpitalu zastałem wszystkie w stanie opłakanym, zapadające się, połamane, najlichszego gatunku. Od paru lat stopniowo wprowadzam łóżka żelazne b. prostej konstrukcji, ale niezmiernie trwałe, z materacami (właściwie siatką) drucianemi, które wykonywa, na zamówienie, fabryka Gostyńskiego w Warszawie. Dotąd mam już łóżek 27, a trzeba się zapytać tylko chorych, jakie to dobrodziejstwo dla nich—wygodne łóżka, ile tortur znoszą oni na zapadających się i połamanych łóżkach szpitalnych. Na zbytek ten pozwolić sobie mogłem dzięki dochodowi, osiągniętemu z kilku dorocznych przedstawień amatorskich, które urządzam od lat paru, wraz ze szczupłem kółkiem ludzi dobrej woli.

Dotąd na salach chorych są tak jeszcze pierwotne urządzenia, jak jedna wspólna (w każdej sali) umywalnia, przy niedostatecznej ilości wody, spluwaczki drewniane z piaskiem, jeden wspólny ręcznik(!), zupełny brak chustek do nosa, stale niewystarczająca ilość pantofli, szlafroków zimowych, bielizny itp. Czując całą grozę takiego położenia, niepodobna jednak odrazu zapobiedz złemu, wobec braku poparcia, pomocy materjalnej, wobec tego, że tylko inicjatywa prywatna złemu zapobiedz tu może, a nie chce. A jakież wdzięczne pole pracy otwiera się tutaj dla tych wszystkich, którym stanowisko społeczne i położenie materjalne pozwala i których obowiązuje do zajęcia się sprawami dobra ogólnego i niesienia pomocy tam, gdzie jest ona tak konieczną, tak bardzo pożyteczną.

Może niewłaściwie czynię, poruszając w piśmie lekarskiem, a zatem w organie specjalnym, kwestje znaczenia ogólnego, zaznaczam jednak powtórnie, że kwestje te w zastosowaniu do szpitalnictwa prowincjonalnego mają, zdaniem mojem, doniosłość wyjątkową, że kładąc nacisk na zaniedbanie szpitali prowincjonalnych przez ogół — jestem może wyrazicielem opinji i ubolewań ze strony większości lekarzy szpitalnych. *Postawienie szpitali prowincjonalnych na wysokości ich zadania, możliwe powiększenie ich liczby w całym kraju, należyty dobór lekarzy szpitalnych — to podług mnie jedyne racjonalne, rzeczywiste rozwiązanie kwestji pomocy lekarskiej dla biednej ludności*, o czem tak dużo się dzisiaj pisze i mówi. Tezy tej postaram się dowieść w dalszym ciągu pracy niniejszej.

Załatwiwszy się pokrótce z opisem szpitala Ś-go Walentego i z ogólnymi w nim warunkami pracy, przechodzą obecnie do części sprawozdawczej, począwszy od r. 1891, t. j. od czasu, gdy sam w szpitalu pracuję. Sprawozdanie z okresu czasu od r. 1891—1897 włącznie przedstawione jest ogólnie w poniżej załączonej tabelce są; szczegółowiej

uwzględnię jedynie oddział chirurgiczny. Do rubryki chorych wewnętrznych zaliczam tutaj wszystkich oprócz ściśle chirurgicznych, zatem choroby wewnętrzne właściwe, choroby weneryczne, skórne, oczne itd. Oddział ten prowadzony jest obecnie przez kol. Szpiganowicza.

TABLICA I.

ROK	Liczba ogólna chorych	Mężczyzn	Kobiet	Mieszkańców wsi	Mieszkańców miast i wojskowych	Chorych wewnętrznych	Chorych chirurgicznych	Śmiertelność wewnętrznych	Śmiertelność chirurgiczn.	Ilość dni szpitalnych
1891	598	291	307	415	183 m. Kutno 107 wojskowi 27 inne miasta 49	496	102	10,6%	2,9%	18046
1892	618	344	274	368	250 m. Kutno 95 wojskowi 36 inne miasta 119	485	133	16,2%	3%	18137
1893	552	339	213	421	131 m. Kutno 86 wojskowi 43 inne miasta 2	406	146	16,5%	3,4%	16330
1894	417	235	182	306	111 m. Kutno 53 wojskowi 40 inne miasta 18	265	152	19,2%	4,6%	12244
1895	363	210	153	269	94 m. Kutno 44 wojskowi 16 inne miasta 34	221	142	21,7%	4,8%	12094
1896	484	267	217	385	99 m. Kutno 62 wojskowi 28 inne miasta 9	275	209	14,9%	5,7%	14815
1897	466	295	171	356	110 m. Kutno 63 wojskowi 23 inne miasta 24	232	234	12,9%	3,4%	13512
1898	449	284	165	341	108 m. Kutno 62 wojskowi 23 inne miasta 23	207	242	19,3%	5,3%	16897
W ciągu lat 8	3947	2265	1682	2861	1086 m. Kutno 572 wojskowi 236 inne miasta i osady 278	2587	1360	16,4%	4,1%	121975

TABLICA Ia.

Oddział chorób wewnętrznych. Ordynator Dr. J. Szpiganowicz.
Rok 1898.

№	Nazwa choroby	Wyszło: uleczon.	Wyszło: z polepsz.	Wyszło: bez pol.	umarło	№	Nazwa choroby	Wyszło: uleczon.	Wyszło: z polepsz.	Wyszło: bez pol.	umarło
1	Pneumonia croup.	1	—	—	—	32	Delirium potator.	1	—	—	—
2	„ catharr.	—	5	—	1	33	Syphilis	4	3	—	—
3	Tuberculosis pulm.	—	2	1	3	34	Ulcus molle	2	—	—	—
4	Bronchitis	5	1	—	—	35	Urethritis gonorhoica	4	3	—	—
5	Emphysema pulmon.	—	—	—	1	36	Orchitis et epid. gonorr.	1	—	—	—
6	Pleuritis exud. serosa	1	—	—	—	37	Orchitis post. parotid.	1	—	—	—
7	Pleuritis tuberculosa	—	—	—	1	38	Endometritis cervicis	—	1	—	—
8	Angina catarr.	1	—	—	—	39	Endometritis	—	2	—	—
9	Abscessus pharyngis	1	—	—	—	40	Parametritis	1	1	—	
10	Vitium cordis organic.	—	1	1	—	41	Metritis e excesso in				
11	Insuff valv. semilun.	—	1	—	—		Venere	1	—	—	—
12	Insuff valv. mitral.	—	1	—	—	42	Carcinoma uteri	—	—	1	—
13	Cirrhosis hepatis hyp.	—	1	—	—	43	Nephritis parenchymolat.	1	2	1	1
14	Icterus cat.	—	1	—	—	44	Cystitis	—	1	1	—
15	Dilatatio ventriculi	—	1	—	—	45	Hyperaesth. ves.				
16	Strictura oesophagi	—	1	—	—		urin.	—	1	—	—
17	Gastroenteritis acuta	—	1	—	—	46	Rheumatism articul.	—	1	—	—
18	Neurosis ventriculi	—	1	1	—	47	Typhus abdomin	4	1	—	3
19	Colica enterica	1	—	—	—	48	Morbilli	1	—	—	—
20	Paratyphlitis	2	—	—	—	49	Zakażenie nieokreślone	1	—	—	—
21	Diabetes melitus	—	—	2	—	50	Febris intermittens	2	—	—	—
22	Ascites	1	—	1	—	51	Erisipelas faciei	2	—	—	—
23	Anasarca	—	—	1	—	52	Scabies	3	—	—	—
24	Atrophia muscul. prog.	—	—	—	1	53	Ukączenie przez żmiję	1	—	—	—
25	Sclerosis multpl.	—	—	—	1	54	Eparsalgia	1	—	—	—
26	Tabes dorsualis	1	2	—	—	55	Districhiasis	1	1	—	—
27	Apoplexia cerebri	—	—	—	1	56	Ulc. corneae c. perfor.	—	1	—	—
28	Haemiplegia sin.	—	2	—	—	57	Leucoma adhaerens	—	1	—	—
29	Paralisis n. facialis	—	1	1	—	58	Synech. poster.	—	—	1	—
30	Irritatio ,spinalis	1	—	—	—	59	Blepharitis	2	—	—	—
31	Cephalagia	—	1	—	—	60	Trachoma	—	2	1	—

Tablica ta nie obejmuje chorych marantyków, kalek, paralityków. i t. p.

Z załączonej tablicy I-ej widzimy przedewszystkiem, że ogólna liczba chorych, przybywających corocznie w szpitalu zmniejsza się. Nię oznacza to jednak, aby ludność okoliczna mniej chętnie leczyła się w szpitalu, dzieje się wprost przeciwnie. Przed r. 1891 i w pierwszych latach po 1891 prawie $^3/_4$ chorych stanowili chorzy z uwiądem starczym (Marasmus) i szpital kutnowski właściwiej był przytułkiem dla starców i kalek, zawsze był nimi przepełniony i nie było w nim prawie miejsc dla chorych rzeczywistych, naprawdę potrzebujących leczenia; niektórzy z tych marantyków przebywali w szpitalu nawet po lat kilka, albo i kilkanaście; z nastaniem pierwszych chłodów jesiennych zalewali oni szpital, stanowiąc istną plagę jego, zanieczysz-

czając sale, marnując masę bielizny i zajmując miejsce prawdziwie chorych. To też budowanie oddzielnych i niezależnych od szpitala przytułków dla—starców, kalek, rezydentów, należy uważać za reformę konieczną w szpitalnictwie prowincjonalnem. Opierając się na punkcie 115 wyjaśnień do § 333 Ustawy lekarskiej, jak również na cyrkularzu G.-Gubernatora warszawskiego, o nieprzyjmowaniu do szpitala ogólnych—chorych nieuleczalnych, starców, kalek itp., zaczęliśmy stopniowo ograniczać liczbę tych ostatnich, zapełniając nimi jedynie miejsca zbywające, tym sposobem z każdym rokiem zwiększa się liczba rzeczywistych chorych i niema nadmiernego przepełnienia w szpitalu. Wskutek reformy powyższej z każdym rokiem również zmniejsza się liczba chorych wewnętrznych (dawniej przeważnie nieuleczalni) a stale zwiększa się liczba chorych z chorobami wenerycznemi, skórnem a szczeg. chirurgicznemi, t. j. z chorobami, które najwięcej wymagają leczenia szpitalnego i z któremi ludność wiejska najchętniej się do szpitala udaje. Z tablicy powyższej widzimy również, że ze szpitala korzysta głównie ludność rolnicza—mieszkańcy wsi (72,4%), z tych zaś przeważnie robotnicy folwarczni i właściciele małorolni, w mniejszej części—gospodarze zamożniejsi. Mieszkańcy m. Kutna stanowią 14,4% ogólnej liczby chorych, wojskowi (nowobrańcy i żołnierze miejscowego pułku podczas letniego wychodzenia wojsk do obozu) 5,9%, mieszkańcy okolicznych i innych bardziej odległych miast i osad—7,3%. Z liczby tych ostatnich chorzy leczący się w szpitalu kutnowskim pochodzili głównie z miast i osad następujących: Gostynin, Zychlin, Krośniewice, Piątek, Kłodawa, Łęczyca, Gombin, Kalisz, Łódź, Płock, Warszawa, Dąbrowiec, Łowicz, Ozorków, Izbica, Grabów, Koło, Konin, po kilku chorych było z Nieszawy, Sieradza, Częstochowy, Rychwała, Lipna, Tomaszowa, Taliszkowa, Wilczyna, Włocławka, Sierpca, Dąbia, Kiernozi, Kozienic, Stawiszyna, Łomży, Białej, Słupcy, Skierniewic, Kielc, Turka, Odessy, Kijowa, Bender, Minska gub., Krakowa, Bydgoszcza, a także z Francyi. Względnie duży % śmiertelności z pośród chorych wewnętrznych pochodzi ztąd, że dotąd jeszcze dużą część tych chorych stanowią marantycy i nieuleczalni. Mężczyzni stanowią 57,38%, kobiety 42,62% ogólnej liczby chorych szpitalnych. Na jednego chorego średnio wypada 30,9 dni szpitalnych, czyli za leczenie jednego chorego średnio szpital otrzymuje około 10 rb. (z pogrzebem 12 rb. 85 kop.).

Tutaj nadmienić mi wypada, że wielką i niezwalczoną przeszkodę w obecnych warunkach w korzystaniu ze szpitali dla ludności biednej (szczeg. wiejskiej) stanowią formalności i zasadniczo błędny sposób przyjmowania chorych do szpitali. Z gruntu mylnem jest mniemanie, jakoby ludność wiejska stroniła od szpitala i wogóle od leczenia się właściwego u lekarzy. Ludność wiejska leczy się chętnie wogóle i jeżeli dotąd zbyt często jeszcze szuka porady u felczerów, znachorów, bab itp., to dlatego że ci pseudo-doktorzy potrafili przez szereg lat zdobyć jej zaufanie, obałamucić i ująć odpowiedniem postępowaniem. Ale zaufanie to wcale nie trudno zdobyć i lekarzom, trzeba tylko nauczyć się cenić praktykę w tej sferze, a za kardynalny warunek zdobycia tej praktyki postawić sobie: *wielką cierpliwość, sumienne badanie cho-*

rego, dokładne i dosadne wyjaśnienie, jak chory ma postępować, wreszcie — ważny warunek zdobycia zaufania śród tych chorych stanowi również umiejętność postawienia właściwego rokowania; każdy chory z tej sfery wymaga tego od lekarza i skoro tylko rokowanie się sprawdzi (bez względu czy nastąpi wyzdrowienie lub śmierć) zaufanie lekarza wzrasta niepomiernie. Gdy raz chłop poweźmie zaufanie do lekarza, staje się najwdzięczniejszym pacjentem, porzuca wszelkich pokątnych doradców i gotów do lekarza tego przyjeżdżać z odległości kilku lub kilkunastu mil, ile razy zachoruje; leczy się wtedy zawiele i często bez potrzeby. Mojem zdaniem, odpowiednie przepisy ustawodawcze potrzebne są i mogą do pewnego stopnia ograniczyć samowolę i nadużycia felczerów i pokątnych doradców, zniweczyć jednak ich szkodliwą działalność mogą i powinni sami lekarze. Działalność ta zakorzeniła się jeszcze w czasach odległych, gdy lekarzy na prowincji było bardzo mało, a ci co byli nie bardzo dbali o praktykę śród ludu, gdy z konieczności lud szukać musiał pomocy u niepowolanych; dzisiaj w każdej prawie osadzie, a nieraz i po wsiach praktykęją lekarze, dzisiaj od nich tylko zależy niepodzielne prawie zdobycie praktyki u ludności wiejskiej i głęboko jestem przekonany że to dość prędko nastąpi. Tak samo jak względem lekarzy wolnopraktykujących—lud usposobiony jest i względem szpitali; ludność wiejska bała się, i dzisiaj jeszcze w wielu razach boi się, szpitali, bo też i szpitale i opieka w nich nad chorymi do niedawnych czasów, a często i dziś jeszcze dalekiemi są od spełnienia zadania właściwego, nie mówiąc o doskonałości. Ludność wiejska prędko i bardzo chętnie przyzwyczaja się do leczenia w szpitalach, jeśli tylko przekona się, że znajdzie tam rzeczywistą pomoc, opiekę i sumienne traktowanie ze strony lekarza; to też pierwszym warunkiem, aby lud chętnie leczył się w szpitalach, jest dobór odpowiednich lekarzy szpitalnych. Muszą to być ludzie młodzi, energiczni z pewnem już doświadczeniem praktycznem a przedewszystkiem zamiłowani w zawodzie lekarza szpitalnego, tylko tacy bowiem potrafią i znajdą dość siły do borykania się z trudnymi nieraz warunkami pracy w szpitalu i bądź co bądź doprowadzą ją do względnej doskonałości; z drugiej strony najpotrzebniejszą w leczeniu ludności biednej okazuje się zawsze pomoc w chorobach chirurgicznych; drugim więc koniecznym warunkiem przy mianowaniu lekarzy szpitalnych powinna być specjalna znajomość chirurgji i ich strony. Choroby wewnętrzne wśród ludu wiejskiego są bezwarunkowo więcej proste, mniej różnorodne, aniżeli wśród sfer zamożnych, pomoc w tego rodzaju chorobach, jak zawsze w chorobach ostrych, najzupełniej zapewnić może nawet ta ilość lekarzy, jaka dzisiaj rozmieszczoną jest po prowincji; szczególniej w miarę tego, jak tracić będą kredyt niepowołani doradcy. Prawdziwem nieszczęściem jednak na prowincji jest jeszcze brak należytej pomocy chirurgicznej, tę zaś zapewnić mogą wyłącznie tylko szpitale. Zdaje mi się, że gdyby udało się zebrać choć w przybliżeniu ilość wypadków, w których chorzy, z pośród ludności wiejskiej i małych miasteczek, umierają, stają się kalekami, tracą zdolność do pracy—jedynie z braku właściwej pomocy chirurgicznej, to przedstawiłby się oczom naszym obraz pełen grozy, to prze-

konalibyśmy się, jak ciężką jest odpowiedzialność społeczeństwa, które nic prawie nie czyni, by złemu zaradzić. Obecna ilość szpitali w Królestwie Polskiem jest śmiesznie mała i nie zadawala nawet w $^1/_{10}$ części potrzeb ludu; a to tem więcej, że i w tych nielicznych szpitalach, które mamy, niema należycie zorganizowanych oddziałów chirurgicznych i brak w nich jako-tako wyrobionych chirurgów. Zastanawiając się w ostatnich czasach nad licznymi projektami organizacji pomocy lekarskiej na prowincji, przysłuchując się debatom nad tą tak ważną sprawą, przychodzę do przekonania, że wszystkie te projekty mają pewne zalety ze strony teoretycznej, jedne są lepsze, inne gorsze, zdaje mi się jednak, że wszystkie w życiu, w praktyce nie urzeczywistnią nawet setnej części tych zadań, tych korzyści, jakie projektodawcy pragną osięgnąć. A pytanie, ile szkody i moralnej i materjalnej każda z tych organizacji ubocznie przynieść może? Czyż można spodziewać się dodatnich wyników z organizacji pomocy lekarskiej, która w warunkach projektowanych zawsze opierać się musi i opierać się będzie na nadludzkich wysiłkach ze strony należących do organizacji urzędników-lekarzy, którzy za marne, nie zapewniające żadnej przyszłości, wynagrodzenie, muszą przejeżdżać wielkie przestrzenie, przyjmować (czyli sumiennie badać i leczyć) codziennie niemal setki chorych, przygotowywać lekarstwa, prowadzić życie prawie koczownicze. Praca lekarzy w warunkach projektów organizacji, jeśli by miała być sumiennie spełnioną, jeśli nie ma być fikcją, musiałaby być tak wyczerpującą, tak wyniszczającą organizm, że każdy z tych męczenników—lekarzy po paru latach podobnej egzystencji straciłby siły do pracy. Mało jest jednak ludzi, którzy z całą samowiedzą, dobrowolnie narażaliby swe życie dla dosyć zresztą wątpliwych korzyści moralnych i materjalnych. To też, zamiast dążenia do niemożliwego ideału—znaczna większość lekarzy, felczerów, akuszerek, należących do organizacji, spełniać będzie swe zadanie mniej gorliwie, w zakresie możliwości, nawet uczciwie względnie do swych sił i wynagrodzenia. Ale już wtedy—cała pomoc będzie fikcją, bo albo $^3/_4$ chorych pomocy nie otrzyma wcale, albo też, i to prawdopodobniej, pomoc ta będzie bylejaką, badanie pobieżne, niedokładne, takie jakie się widuje nieraz w zbyt licznych ambulansach fabrycznych przy niedostatecznej ilości lekarzy. Lepszy jest jednak zupełny brak pomocy lekarskiej, aniżeli pomoc dorywcza, powierzchowna, nie oparta na sumiennem zbadaniu i zastanowieniu się nad chorobą, taka pomoc popierwsze utwarza demoralizację i nieufność ze strony leczących się, powtóre—wysoce demoralizująca wpływ na samych lekarzy, czyni z nich maszyny urzędnicze, ale nie przedstawicieli wzniosłego, szanowanego i zawsze wysoko sztandar nauki i etyki trzymającego zawodu. Jestem głęboko przekonany, że gdyby zamiast tych wszystkich organizacji pomocy lekarskiej, zużytkować wszelkie możliwe fundusze i źródła dochodu z jednej strony na budowę licznych i odpowiednio rozmieszczonych szpitali, z odpowiednim doborem, i ze znajomością chirurgji, lekarzy, z drugiej strony pozakładać liczne szkoły akuszerek lub odpowiednio przygotowanych babek wiejskich i te poobsadzać w każdej gminie a nawet w każdej wsi większej, to wtedy jedynie

ludność wiejska i miejska miałaby zapewnioną rzeczywistą i prawdziwie pożyteczną pomoc lekarską. Warunki leczenia *domowego* wśród ludności biednej są w zasadzie tak niemożliwe, że leczenie to przy najlepiej nawet zorganizowanej pomocy lekarskiej i dostarczaniu lekarstw, nie zastąpi nigdy *leczenia szpitalnego*, boć przecie spierać się o to nie będziemy, że w chorobach ostrych i wielu innych, więcej niż przepisywane przez leki—pomagają odpowiednie warunki hygieniczno-djetetyczne, a tych nawet u zamożniejszych włościan napróżno byśmy szukać pragnęli. *Powiększenie, przedewszystkiem, liczby szpitali na prowincji, odpowiednie ich zorganizowanie, dostarczenie jaknajwiększej ilości dobrze przygotowanych babek wiejskich lub akuszerek, uważamy za jedynie możliwy, pożyteczny i rzeczywisty sposób organizacji pomocy lekarskiej dla biednej ludności wiejskiej i miejskiej.*

Rozumie się, aby szpitale spełniać mogły należycie swe zadanie, pierwszym warunkiem musi być bezwzględna łatwość dostania się do szpitala. Brak tego warunku stanowi dzisiaj główny niemal powód stronienia i niechęci do szpitali ze strony ludności wiejskiej; łatwiej bowiem wielbłądowi przejść przez ucho igielne, aniżeli biednemu choremu dostać się nieraz do szpitala. Chorzy szpitalni dzielą się na 2 kategorje; do pierwszej należą ci, którzy leczą się na koszt własny; tacy nie potrzebują składać właściwie żadnych dowodów o ile płacą za koszta leczenia z góry, w przeciwnym razie powinni złożyć jedynie zaświadczenie władzy (wójt, burmistrz), o tożsamości osoby i miejscu zamieszkania; otrzymanie takiego dowodu nie napotyka żadnych przeszkód, zresztą, nie jest on wymagalny natychmiast przy zapisywaniu się. Do tej kategorji chorych, z natury rzeczy, należeć mogą jedynie zamożniejsi mieszkańcy miast i możniejsi włościanie (gospodarze); na koszt własny nie są w stanie się leczyć ani małorolni posiadacze, ani służba folwarcza, oni to stanowią drugą kategorję chorych, którzy leczyć się powinni w szpitalach na koszt miast lub gmin. Mieszkaniec miasta, pragnący otrzymać kwalifikację do szpitala, udaje się do lekarza szpitalnego i otrzymuje od niego odpowiednie zaświadczenie o potrzebie leczenia szpitalnego (o ile rzeczywiście potrzebuje takiego leczenia i w szpitalu są miejsca wolne), z tem zaświadczeniem chory udaje się do biura Magistratu i bez żadnych trudności otrzymuje kwalifikację do szpitala na koszt miasta, jeśli jest biedny. Cała ta formalność zabiera nie więcej nad $^1/_1$—1 godz. czasu. Inaczej jednak się dzieje z ludnością wiejską. Przedewszystkiem pozbawieni są zupełnie możności leczenia się na koszt gminy wszyscy posiadacze rolni, choćby ich posiadłość była najmniejsza, a oni sami największymi nędzarzami; z chwilą, gdy chłop staje się właścicielem choćby kilku prętów ziemi—traci prawo leczenia się w szpitalu na koszt gminy. Nie ulega wątpliwości, że los małorolnych włościan—posiadaczy 1—2 morgów, a tych jest bardzo wiele, jest prawie daleko gorszy, niż służby folwarcznej; ci ludzie wiecznie barykują się z nędzą i nie posiadają środków na zaspokojenie najniezbędniejszych potrzeb; oni to właśnie w razie choroby najbardziej pozbawieni są pomocy lekarskiej, przed nimi wrota szpitali są zamknięte; a jednak i ci, nie mając prawa leczyć się na koszt gminy, zapożyczają się i w razie koniecznej potrze-

by leczą się w szpitalach—na koszt własny. Wyrobnicy, służba folwarczna, komornicy, słowem, nie posiadający żadnej nieruchomości, mają w zasadzie prawo leczyć się w szpitalach ogólnych na koszt mieszkańców właściwej gminy, ale tutaj dopiero przekonywamy się, jak ciężko mu z tego prawa korzystać, ile nieprzezwyciężonych trudności pokonać trzeba, aby dostać się do szpitala, ilu chorych umiera, zanim rodzina zdoła wydobyć odpowiednią kwalifikację od wójta gminy. Trudności takie spotykają w dodatku wyłącznie chorzy prawdziwi, z chorobami ostremi i innemi, nadającemi się do leczenia, ludzie w pełni sił, pracownicy produkcyjni, obarczeni obowiązkami rodzinnemi. Przeciwnie, nieuleczalni, niedołężni, paralitycy, starcy, kaleki i t. p., nie tylko tych trudności nie doznają, ale dla pozbycia się ich ze szpitali należy staczać walkę prawdziwą z zarządami gmin. Dzieje się to dlatego, że gminy obowiązane są opiekować się mieszkańcami pozbawionymi rodziny a niezdolnymi do pracy, starcami, kalekami, i dawać im pomieszczenie i utrzymanie na koszt gminy. W braku więc przytułków, wobec tego, że często żaden z mieszkańców gminy nie chce, pomimo wynagrodzenia, trzymać u siebie na opiece chorego paralityka, niedołężnego, zanieczyszczającego się, zarządy gmin nasyłają takich pseudo-chorych do szpitali ogólnych—na pobyt aż do śmierci. Koszta utrzymania w szpitalach tego rodzaju licznych chorych w wysokim stopniu obciążają budżet gmin, ale uważane to jest za zło konieczne, którego uniknąć, w braku przytułków specjalnych, niepodobna, i gminy wolą umieścić każdego takiego chorego w szpitalu, aniżeli mieć z nim nieustający kłopot u siebie. Wobec jednak tych nieuniknionych wypadków, zarządy gminne postawiły sobie niejako za zadanie—oszczędzanie na kosztach leczenia wszelkich innych chorych i z całą bezwzględnością odmawiają im kwalifikacji do szpitala. To też chory taki, zaopatrzony zwykle w świadectwo lekarza, że rzeczywiście potrzebuje leczenia szpitalnego, po kilka i kilkanaście razy chodzić musi do bardzo odległego nieraz urzędu gminnego, znosić przekleństwa i grubiańskie obejście p. wójta lub pisarza, i jeszcze najczęściej nie otrzyma żadnego dowodu, wraca do domu pozbawiony możności ratowania swego zdrowia, a często i życia. Dobrze jeszcze, jeżeli jaki skromny datek zdoła czasami wzruszyć niezłomne zasady p. pisarza, ale częściej albo żądania są zbyt wygórowane, albo też datki są z zasady nie przyjmowane. W takich razach z konieczności należy się odwoływać do pomocy naczelnika powiatu i chory otrzymuje wreszcie prawo i możność leczenia się w szpitalu; zanim jednak to wszystko nastąpi, chory nieraz umrze, lub choroba przyjmie b. niepomyślny obrót. Powyższe okoliczności tak jednak zniechęcają biedaków, tak boją się oni przekleństw, miotanych na tych wszystkich, którzy przyczyniają się do powiększenia rozchodów gminnych, że wolą oni nieraz umierać, aniżeli starać się o prawo leczenia w szpitalach. Na mocy 9-letniego doświadczenia z całą stanowczością twierdzić mogą, że w tem leży główny powód niechęci i stronienia od szpitali ze strony ludności wiejskiej; ile razy tylko zalecam choremu zapisanie się do szpitala—zawsze zrażają go względy powyższe.

Szpitale, podług mnie, powinny stanowić takie instytucje społeczne, do których wstęp byłby szeroko otwarty dla wszystkich chorych niezamożnych, bez żadnych formalności i dowodów z ich strony, co najwyżej, za okazaniem paszportu lub corocznie wydawanej przez odnośne władze karty, zaświadczającej o niezamożności, czy o opłaceniu specjalnego podatku szpitalnego. Zdaje mi się, że dla zbierania potrzebnych na utrzymanie szpitali i koszta leczenia funduszów, najodpowiedniejszem byłoby ustanowienie ogólnego podatku szpitalnego, tak jak to zrobiono w Warszawie. Każdego człowieka, nie wyłączając największego biedaka, krępują dobrodziejstwa z łaski, niechętnie korzysta on z pomocy, którą opłacają jego współobywatele, dotkliwie często dając mu to uczuć; słuszniejszem jest aby każdy, w miarę możności, przyczyniał się do utrzymywania instytucji, przeznaczonych dla dobra ogółu. Lud nasz daleko chętniej i rozleglej korzystać będzie ze szpitali, jeśli stale opłacać będzie podatek na ich utrzymanie, jeśli kwit z opłacenia podatku dawać mu będzie prawo do korzystania z tych instytucji. Podatek szpitalny ogólny ma prawie większą rację bytu na prowincji, niż w wielkich miastach, gdzie pomoc lekarska jest wogóle więcej ułatwiona, a i samo ściąganie tego podatku w stosunkach wiejskich okaże się łatwiejszem, niż np. w Warszawie.

Przy zatwierdzeniu takiego podatku dałby się również lepiej unormować udział i obowiązki większych właścicieli ziemskich w sprawie okazywania pomocy lekarskiej służbie folwarcznej; sprawa ta dotąd nie oparta na żadnych ogólnie przyjętych zasadach, wymaga gwałtownej reformy. Rozesłany w sprawie tej przez Towarzystwo hygieniczne kwestjonarjusz, po opracowaniu zebranych materjałów przez p. Alfreda Węglińskiego, wyjaśni może tę zawiłą kwestję i pozwoli orzec, czy i o ile właściciele ziemscy obowiązani są organizować stałą pomoc lekarską dla służby folwarcznej. Ogólnie twierdzić można, że taka stała organizacja pomocy lekarskiej dzisiaj istnieje tylko w nielicznych majątkach ziemskich.

W pracy niniejszej niejednokrotnie kładłem nacisk szczególny na wielką potrzebę zorganizowania na prowincji racjonalnej pomocy lekarskiej w chorobach chirurgicznych. Nie chcąc opierać tej potrzeby na gołosłownem jedynie twierdzeniu, umyślnie zadałem sobie pracę zebrania materjału chirurgicznego w szpitalu kutnowskim za przeciąg lat 8 (od 1891 do 1898), aby ująwszy go w szegółowe sprawozdanie, mieć możność zastanowienia się nad wieloma narzucającymi się tu, wnioskami, które, zdaje mi się, stwierdzą faktycznie i wymownie zarówno pożytek szpitali, jak i konieczność pomocy chirurgicznej na prowincji. W sprawozdaniu mojem z oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Walentego w Kutnie uwzględniłem jedynie przypadki ściśle chirurgiczne, wymagające albo operacji, albo wogóle czynnej interwencji lekarza-chirurga.

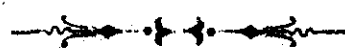
Drugostronnie zamieszczona tablica II. wskazuje ogólną ilość przypadków operacyjnych w każdym roku i podział podług płci.

TABLICA II.

ROK	Liczba ogólna chorych	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Śmiertelność
1891	33	30	—	3	2,9%
1892	45	26	15	4	3%
1893	70	44	20	6	3,4%
1894	83	49	20	14	4,6%
1895	77	42	21	14	4,8%
1896	89	45	30	14	5,7%
1897	175	111	39	25	4%
1898	166	83	39	44	7%
W ciągu lat 8	738	430	184	124	4,4%

Z tablicy tej przedewszystkiem wnioskować mamy prawo, jak znacznie z rokiem każdym wzrasta zaufanie ludności miejscowej do leczenia się w szpitalu, zwłaszcza w chorobach chirurgicznych.

(D. c. n.)



SPRAWOZDANIE

z IX Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(Dokończenie).

Posiedzenie przedpołudniowe 19 lipca. Prof. *Rydygier* okazuje *stół ekstenzyjny Schede'go* do nakładania gorsetów *Calot'a*, oraz podobnych opatrunków ustalających, przy cierpieniach kończyn.

Kol. *Karchezy* mówi *o wstrzykiwaniu żelatyny przed operacją, jako środku zapobiegającym krwotokom przy operacji.* Badania nie dały pozytywnych wyników, chociaż autor stwierdził, iż w pierwszych godzinach po zastrzyknięciu krzepliwość krwi się zwiększa.

Kol. *Urbanik* na zasadzie swoich spostrzeżeń mówi *o ranach postrzałowych wątroby.*

Kol. *Barącz „Torsio omenti intraabdominalis.“* Autor omawia rzadki wypadek: podwójne skręcenie sieci, znalezione przy operacji przepukliny pachwinowej.

Ten-że: „O sposobie zamknięcia jelita i nowym sposobie łączenia rezekowanych końców." Autor zaleca swoje ulepszenie szwu kapciuchowego oraz połączenie zeszytych odcinków jelita za pomocą płytek z brukwi. W dyskusji zabiera głos kol. *Rutkowski*, który końce rezekowanego jelita zmiażdża kleszczami Doyen'a Kol. *Droba* „O gruźlicy miejscowej kości i stawów." D. zdaje sprawę ze swoich badań nad zmianami pod względem bakterjologicznym, anatomo-patalogicznym i klinicznym. Ciekawy ten odczyt dla braku czasu przeszedł bez dyskusji.

Kol, *Grosglik*: „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego sposobem Bottini'ego." Prelegent przytoczył przebieg choroby u 4 chorych, przez siebie operowanych, z którego widać, iż przebieg był zawsze dobry. W rozprawach zabierają głos: prof. Rydygier, kol. Rutkowski, Kryński i Wehr.

Ten-że „O wartości urotropiny w cierpieniach pęcherza." G. przychodzi do wniosku, że urotropina powstrzymuje rozwój drobnoustrojów, mocz utrzymuje się przezroczystym, chociaż drobnoustroje w nim żyją i po zaszczepieniu przyjmują się. Działanie jednak utropiny trwa krótko i mocz wraca do dawnego stanu.

Doc. *Bossowski:* „O operacyjnem leczeniu encephalocele." Autor przytacza rezultaty leczenia 6 przypadków, obserwowanych przez siebie w ciągu ostatnich trzech lat. Leczenie polegało na wycięciu guza, co w trzech przypadkach uwieńczone zostało pomyślnym skutkiem. Obecność tkanek mózgowych w guzie stwierdziło badanie drobnowidzowe.

Doc. *Kryński:* „O wpływie przecięć krezki na żywotność jelita." Prelegent zdaje sprawę ze swych badań, dokonanych na zwierzętach. Doświadczenia te potwierdzają wyniki badań prof. Rydygiera, a mianowicie: przecięcie krezki jest tem niebezpieczniejsze, im bliżej jelita jest dokonane. W rozprawach przyjmowali udział prof. Rydygier, doc. Ciechanowski i Rutkowski.

Doc. *Ciechanowski* demonstruje kilka rzadszych okazów „postronków śródotrzewnowych, dających powód do zadzierzgnięcia jelit, a między innemi, postronki zadzierzgające, utworzone przez długi wyrostek robaczkowy, przyrośnięty dolnym końcem do sąsiednich pętli jelitowych lub otrzewnej ściennej i t. p.

Kol. *Sołtysik*: „O rezekcji kończyn przy nowotworach," Prelegent cytuje dwa przypadki: *osteosarcoma ulnae i osteosarcoma humeri* z niepomyślnem zejściem. Zdaniem S. w przypadkach nowotworów złośliwych należy zamiast rezekcji dokonywać amputacji kończyn.

Doc. *Barącz* „Kilka słów w sprawie twardzieli nosa." Mówca przy *rhinoscleroma* stosuje elektrolizę; otrzymawszy tym zabiegiem drożność nosa, wstawia dreny. W innym przypadku B. przewiązał i rezekował *carotis*, po czem nastąpiło zmniejszenie nowotworu.

Kol. *Rossberger* „Pruchnica zębów u naszej uczącej się młodzieży i odnośnie do tego kilka uwag o hygjenie szkolnej na podstawie badań, dokonanych na 3650 uczniach szkół publicznych w Jarosławiu." Autor zwraca uwagę na ogromny procent uczniów mających zepsute

zęby (przeszło 75%). Dla zaradzenia temu R. radzi zwrócić uwagę na hygjenę szkolną a głównie hygjenę jamy ustnej.

Ten-że „Stygmata zębowe i ich znaczenie rokujące w chorobach ogólnych, ubezpieczeniach na życie i wyborze mamek.“ Autor zwraca uwagę, iż z zewnętrznego wyglądu zębów można czynić wnioski co do niektórych chorób konstytucyjnych (kiła, zatrucie rtęciowe i t. d.) i wogóle o stanie organizmu, zatem, „stygmata“ zębowe mają ważne djagnostyczne znaczenie. Obydwa odczyty przyjęto oklaskami.

Kol. *Krasowski* „O wynikach leczenia garbów sposobem *Calot'a.*“ Mówca, pomimo dopiero dwóchletniego stosowania tego sposobu, miał już 3 przypadki śmiertelnego zejścia; względnie pomyślnych przypadków było 4. Wyniki zatem nie były zbyt świetne.

Ten-że „O leczeniu wodniaka moszny sposobem Winkelmanna.“ Autor jest zwolennikiem tego sposobu leczenia i takowy gorąco zaleca jako pewny i łatwy.

Prof. *Rydygier* „O leczeniu przetok kałowych.“—Autor sądzi, iż najracjonalniejszy sposób leczenia przetok kałowych jest rezekcja odpowiedniego odcinka jelita.

Na zakończenie Zjazdu prof. R. podziękował uczestnikom za stosunkowo liczny udział, jak również kol. Rutkowskiemu za gościnę w murach kliniki. Uczestnicy podziękowali przewodniczącemu przeciągłym oklaskiem.



Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 6 września 1899 r.

I. Kol. *Tumpowski* przedstawia: *Dwa przypadki porażenia nerwu strzałkowego.* (P. str. 394).

II. Kol. *Goldblum* przedstawia przypadek: *Tabes incipiens.* Pacjent lat 40-tu, kawaler, chorował przed 18-tu laty na gnilec i dur brzuszny. Po zatem był zawsze zdrów. Przed 8-iu laty, w kilka tygodni post coitum, owrzodzenie na prąciu, które zagoiło się pozostawiając białą plamę z brunatną obwódką. Wysypki potem, podobno, nie było. Alkoholu i tytoniu chory używał umiarkowanie. Przed kilku miesiącami wystąpiły bóle w pasie, ściągające, prócz tych—bóle palące w różnych częściach ciała i zboczenie czucia. Od pewnego czasu zauważył, że po ciemku chód jego staje się niepewnym, i że wzrok mu się psuje: nie odróżnia przedmiotów tak dobrze, jak przedtem, i nie może skupić uwagi na jednym przedmiocie z powodu występującego zawrotu głowy. Od dwóch lat chory nie miewał stosunków płciowych; erekcja występuje czasami, pollucji niema. Oddawanie

kału i moczu odbywa się normalnie. Mocz 1011, nie wykazuje nic chorobowego.

Przy bliższem zbadaniu znajdujemy następujące zmiany: czoło z prawej strony jest więcej wygładzone, aniżeli z lewej (*porażenie górnej gałązki nerwu twarzowego prawego*), natomiast fałda naso-labialis jest więcej wyraźną z prawej strony, aniżeli z lewej; prawy kąt szpary ustnej stoi wyżej aniżeli lewy (*porażenie dolnej gałązki lewego n. twarzowego*); źrenice są nieco zwężone, na światło oddziaływają bardzo słabo, na akkomodację—nieco lepiej; ruchy oka prawidłowe. Język, języczek normalne.

Na piersiach, z lewej strony, konstatujemy pas znieczulenia od dolnego brzegu 2 żebra do górnego brzegu 5 żebra, na prawo do środka mostka, a z tyłu dochodzący do wyrostka ościstych kręgów. W tym pasie brak czucia na dotyk, czucie bólowe jest zachowane, czucie ciepłoty jest zmniejszone. W tem wyjątek stanowi brodawka sutkowa, gdzie czucie jest zupełnie zachowane.

Odruchy brzuszny i jądrowy są żywe. Odruchy kolanowe prawie normalne, przy czem z prawej strony nieco żywszy, aniżeli z lewej; również nieco żywszy jest odruch stopowy prawy, aniżeli lewy. Czucie na stopie jest zupełnie dokładne.

Gdy każemy choremu stać z przymkniętemi oczyma i zesuniętemi nogami, zauważyć możemy słabe ruchy wahadłowe, a w goleniach grę mięśni, starających się utrzymać tułów w równowadze. Stać na jednej nodze chory nie może, najmniejsze podniesienie jednej nogi wywołuje tak silne zataczanie się, że chory upadłby, gdyby go nie podtrzymywano. W bardzo słabym stopniu istnieje też niezborność górnych kończyn. Po za objawami powyższymi znajdujemy jeszcze u chorego objawy rozedmy płuc i, przy normalnem sercu i czystych tego tonach, tętno 56 na minutę, silnie napięte. Objawów troficznych niema. Mamy więc tutaj przypądek „tabes incipiens,“ który przedstawia niektóre ciekawe osobliwości: 1) krzyżujące się porażenie nerwu twarzowego, z prawej strony—górnej, z lewej strony—dolnej gałązki, a więc najprawdopodobniej ośrodkowego pochodzenia. 2) Wbrew twierdzeniu Leydena, że przy niezborności nie tylko czucie mięśniowe, lecz i czucie dotykowe, skórne, stopy, zawsze jest zniesione, mamy tutaj dość znacznie rozwinięty bezład, przy zupełnie normalnem dotykowem czuciu stóp. 3) W danym przypadku mamy tętno zwolnione i napięte, co świadczy o podrażnieniu jądra nerwu błędnego.

III. Kol. *Watten* przedstawia 6-cio letniego pacjenta operowanego przed 3 tygodniami z powodu *pseudotorbieli trzustki*, powstałej wskutek urazu. Chłopiec rzeczony w dniu 24. VII. najechany został przez konie; żadnych szczegółów bliższych o wypadku samym podać nie umie. Wróciwszy o własnych siłach do znajdującego się o parę kroków domu, chory kładzie się natychmiast do łóżka, skarżąc się na dotkliwe bóle brzucha; wkrótce potem dołączają się wymioty. Jedno i drugie trwa dwa dni—bez przerwy niemal. Polepszenie, zdaniem matki, nastąpiło po zapisanych przez lekarza kroplach (makowiec?)—lecz nie na długo. 6-go, czy też 7-go, dnia po wypadku bóle i wymioty zjawiły się ponownie z siłą pierwotną, bez żadnej

widocznej ku temu przyczyny; chory miał się nieustannie wić z bólu, wymiotując wszystko, cokolwiek mu podawano. Zalecane przez kilku z kolei lekarzy środki rozmaite przynosiły, co najwyżej, chwilową ulgę. Na początku 3-go tygodnia choroby matka zauważyła „spuchnięcie" w górnej części brzucha, które pomimo okładów i kataplazmów nie tylko nie ustępowało, lecz wzmagało się raczej. Równo we 3 tygodnie po wypadku matka udała się po poradę do szpitala fabrycznego, gdzie skierowano ją natychmiast do mnie. Znalazłem wtedy co następuje:

Wyniszczony ad maximum chłopiec leży zgięty w pałąk, jęcząc bezustannie; poruszenie każde, zwłaszcza próby wyprostowania się, wywołują gwałtowne objawy bólu. Ciepłota ciała 37°, tętno koło 120. Język suchawy. Nadbrzusze wygórowane, reszta brzucha—nie. Wygórowanie to przy wymacywaniu okazuje się guzem twardym, mocno napiętym, który zajmuje całe nadbrzusze, aż do pępka prawie. Z przednią ścianą brzucha guz nie zrośnięty; na całej przestrzeni jego—stępienie zupełne, przechodzące bezpośrednio w stępienie wątroby. Tętnienia aorty brzusznej przez guz się nie wyczuwa. Oddany przez chorego mocz białka i cukru nie zawiera. Chory od dni kilku stolca nie miał; zastosowana lawatywa pozostaje bez skutku.

Na podstawie tych danych rozpoznaliśmy wylew w *bursa omentalis minor*, pochodzący z wywołanego urazem krwawienia, bądź w trzustce samej, bądź w otaczającej ją luźnej tkance przytrzustkowej. Nierozstrzygniętem pozostawało pytanie, czy mamy tu do czynienia z otorbionym wylewem krwi czyli krwi i soku trzustkowego, (co nazywają zazwyczaj torbielą, względnie pseudotorbielą, trzustki) czy też z ropniem; będąc z zasady przeciwnym nakłuciom próbnym w jamie brzusznej, pozostawiliśmy rozstrzygnięcie tej wątpliwości laparatomji, która wobec ciężkiego stanu chorego podjętą była drugiego zaraz dnia po przybyciu chorego do szpitala (15. VIII.). Po otwarciu jamy brzusznej znaleźliśmy guz, zajmujący całą bursa oment. minor, górną granicę którego stanowiły — wątroba i przepona, przednią ścianę tworzyły: omentum minus, żołądek i lig. gastrocolicum; u dołu zaś znajdowała się zrośnięta z guzem poprzecznica. Tym sposobem spłaszczony żołądek był wtłoczony pomiędzy przednią ścianę brzucha i guz, niby w kleszczach zaciśnięty. Po nakłuciu guza przez lig. gastrocolicum wypuszczono koło $^1/_2$ litra płynu krwawego; drugie tyle wybrano wraz z skrzepami i resztkami tkanek zmartwiałych po rozszerzeniu otworu na tępo; śród martwiaków wyjętych stwierdzić mogliśmy strzępki o budowie wybitnie gruczołowej, co nie pozostawiało wątpliwości o trzustkowem ich pochodzeniu. Po obszyciu otworu w więzie żołądkookrężnicowem z otrzewną, tudzież ze ścianą brzuszną, i po wpuszczeniu do bursae kilku gramów zawiesiny jodoformowej, jamę wypchaliśmy luźno gazą, ranę zaś w ścianie brzusznej zaszyliśmy. Z przetoki pozostawionej wydzielał się początkowo obficie, następnie w niewielkich ilościach, płyn, który po paru już dniach sprowadził znaczne nadżarcie skóry w okolicy otworu—co dowodzi, że zawierał on sok trzustkowy. W przebiegu pooperacyjnym, z wyjątkiem chyba nieznacznych kilkakrotnych podniesień ciepłoty (do 38° najwyżej)

i zatrzymaniu moczu przez kilka dni pierwszych po operacji, nic godnego uwagi nie zaszło. Stolce po większej części wywoływane były lawatywami, wygląd miały zupełnie prawidłowy; tego co niemcy nazywają „Fettstühle“—nie obserwowaliśmy.

Zgodnie więc z rozpoznaniem naszem mieliśmy tu do czynienia z t. zw. *pseudotorbielą trzustki* pochodzenia urazowego. (Nazwa ta jest właściwszą od *torbieli trzustki*, używanej przez większość autorów dla takich wylewów w bursa oment, jakkolwiek i ona nie zupełnie jest odpowiednią.). Przypadków tego rodzaju spostrzegano dotąd niewiele— w literaturze naszej niema żadnego. Większość ogłoszonych pochodzi z Ameryki i Anglji — krajów, wzbogacających najobficiej kazuittykę „traumatyzmów.“ Patogeneza ich dokładnie jeszcze wyjaśnioną nie jest; sprawą jednak pierwotną zdaje się być zawsze krwawienie w trzustce lub w tkance przytrzustkowej. Drogi szerzenia się wynaczynień takich dopiero w czasach ostatnich poznano dokładnie; głównie dzięki badaniom i doświadczeniom *Körte'go*. Są to: przedewszystkiem *bursa oment. minor* a dalej *mesocolon transv. et descendens, parametrium sinistrum.* W każdej z części tych pseudotorbiel taka wytworzyć się może.

IV. Kol. *Watten* przedstawia przypadek *zniszczenia cewki moczowej* tudzież skóry—na całej dolnej przestrzeni prącia, przez zgorzel, powstałą skutkiem nacieczenia moczowego. Przyczyną sprawy było zwężenie, w przedniej części cewki, pochodzenia rzerzączkowego. Chory przybył do szpitala na 3-ci dzień po wystąpieniu pierwszych objawów (zatrzymanie moczu) z potwornym obrzękiem moszny i prącia, powierzchnia cewkowa którego miała na całej przestrzeni zabarwienie ciemno-sine. Natychmiastowa *urethrotomia externa* w części cewki błoniastej oraz liczne nacięcia skóry nie zdołały martwicy części zsiniałej zapobiedz. Po odjęciu martwiaków w kilka dni później przy opatrunku okazało się, iż z cewki moczowej pozostała tylko przednia jej ściana. Odtworzenie plastyczne cewki na przestrzeni tak znacznej do zadań łatwych nie należy; w każdym razie potrzeba do tego będzie całego szeregu operacji. Wynik pierwszej z nich widzimy tutaj (demonstracja). Defekt powstały po zniszczeniu skóry na prąciu, który wynosi prawie $^3/_4$ powierzchni tegoż, pokryty został dwoma płatami wziętymi z bardzo długiego, na szczęście, w razie danym, napletka. Oba płaty, z wyjątkiem dolnej części prawego, przyjęły się dobrze. Zamierzamy je następnie zużytkować do wytworzenia tylnej ściany cewki.

V. Kol. *Stankiewicz Cz.* przedstawia nowe *narzędzia chirurgiczne pomysłu Doyen'a.* Między innemi na uwagę zasługuje miażdż (écraseur), znajdujący szerokie zastosowanie głównie w chirurgji jamy brzusznej. Za pomocą miażdżu można zgnieść tkanki z siłą 1000—2000 kilogramów, zamieniając grube szypuły na cienką blaszkę, dla przewiązania której potrzeba tylko jednej nawiązki. Przy wycięciu macicy, zamiast szeregu nawiązek nakładanych na więzy szerokie i przymaciczne, po użyciu miażdżu wystarcza jedna z każdej strony. A i ta jedna nawiązka byłaby zbyteczną, bez obawy następczego krwawienia, jeśliby miażdż pozostawić na miejscu dłużej, np. 5 minut.

VI. Kol. *Stankiewicz Cz.* przedstąwia następujące *preparaty:*

1) Dwie macice wraz z przydatkami, usunięte przez pochwę metodą Doyen'a, za pomocą zmiażdżenia więzów szerokich, z powodu spraw ropnych, trwających w jednym przypadku 7 lat, w drugim cztery. Wyzdrowienie zupełne.

2) Torbiel jajnikową międzywiązową, wielkości główki noworodka, z zawartością posokowatą, usuniętą przy pomocy miażdżu wraz z pyosalpinx tejże strony. Zrosty z kiszkami cienkiemi, okrężnicą, wyrostkiem robaczkowym. Drenowanie przez pochwę. Operacja przed 12 godzinami. 3) Torbiel jajnikową wielkości głowy dorosłego człowieka. Wyzdrowienie.

4) Preparat ciąży jajowodowej 6-cio tygodniowej. U zupełnie zdrowej kobiety w 7 tygodni po ostatniej miesiączce nągłe wystąpienie objawów wewnętrznego krwotoku. Tętno nitkowate, niezliczalne. Cięcie brzuszne w pięć godzin od początku choroby, przy świetle lampy naftowej. Jama otrzewnej wypełniona krwią płynną i skrzepami. Ciąża jajowodowa lewa (zarodek około 2 ctm. długości), pęknięcie jajowodu. Trwanie operacji 22 minuty. Wlewanie podskórne roztworu soli. Zdrowienie (obecnie 10-ty dzień) niczem nie powikłane.

Kol. *Sterling* wypowiedział rzecz p. t. *Ospa a suchoty* (p. Czasopismo str. 325).

Posiedzenie z d. 20 września 1899 r.

I. Kol. *Sachs: Trzy przypadki porodu trojaczkami* (będzie drukowane w „Czasopiśmie").

II. Kol. *Sachs: Przyczynek do uszkodzeń dró porodowych* (będzie drukowane w „Czasopiśmie").

III. Kol. *Tumpowski: Współczesne poglądy na istotę choroby Basedowa.* Rzecz nie nadaje się do streszczenia.

IV. Kol. *Krukowski: Przyczynek do etjologji poronienia nawykowego.* Po wstępie historycznym, omawiającym różne teorje pochodzenia poronienia nawykowego, a zarzucającym im zbytnią jednostronność, wskazał na jeden moment etjologiczny, za mało uwzględniany, a mianowicie—wszelkiego rodzaju zapalenia macicy (endometritis et metritis chronica) i przytoczył 2 odnośne przypadki spostrzegane przez siebie. 1) C. mężatka lat 35, poroniła 2 razy z rzędu w początkach 4-go miesiąca bez żadnego powodu. Przymiotu ani też innej sprawy chorobowej, którаby pochodzenie owych dwóch poronień wytłómaczyć mogła nie było, natomiast na doczesnej znalazł K. zgrubienia i polipy odpowiadające sprawie chorobowej, opisanej przez Virchow'a jako endometrit. papuloso-tuberosa. 2) W drugim przypadku E. E., mężatka, lat 26, w ciągu 2 lat poroniła 4 razy, zawsze w początkach 3 miesiąca. E. jest zupełnie zdrowa. Przymiot niewątpliwie wykluczony. Ze względu na dane wywiadowe (tryper chroniczny męża, fluor albus et menorrhagiae) wyłyżeczkował macicę i z kawałków błony zrobił preparat drobnowidzowy (demonstracja). Po abrasio pacjentka znowu zaszła w ciążę i obecnie jest w 7-ym mie-

siącu. Preparat daje obraz *endometritis mixte*, przeważa wszakże postać zapalenia gruczołowego. W polu widzenia miast zwykłych 5—6 gruczołów widzimy w niektórych miejscach 30—40, a nawet i więcej. Światło ich powiększone postać zmienna, miejscami gruczoł zamieniony w torbiel, wypełnioną jakimś płynem. Nabłonek cylindryczny wszędzie zachowany. Przestrzenie międzygruczołowe wypełnione masą białych ciałek.

V. Kol. *Krusche* przedstawił: 1) Preparat raka kiszki prostej, wydobyty przez pochwę razem z macicą — sposobem Rehna. Przy wysoko sięgających lub usadowionych nowotworach kiszki prostej (w danym przypadku guz dochodził do przedgórza), u kobiet lepiej operować przez pochwę, gdyż unika się niepożądanych uszkodzeń i dostęp jest łatwiejszy. Przecina się tylną ścianę pochwy na całej długości i krocze aż do zwieracza odbytu. Po oddzieleniu kiszki pod guzem, przecinamy ją i ściągamy dośrodkową część kiszki razem z guzem, oddzielając je przeważnie na tępo i otwierając, w razie potrzeby, jamę otrzewnej. Po odcięciu guza obie części kiszki zszywamy, lub też w odbyt wszywamy dośrodkową część kiszki. Operację kończymy, wprowadzając dreny przez jamę kulszowo-odbytową, poczem zaszywamy pochwę i krocze. W danym przypadku przed usunięciem nowotworu wypadło wykonać kolostomję, gdyż chora była zbyt osłabiona, aby znieść cięższy zabieg. Macica usunięta została, gdyż oddzielenie jej od guza było niemożebne, przy czem z korzyścią był użyty miażdż Doyena.

2) Preparat nabłoniaka (epithelioma papillare) członka męzkiego. Chory 69letni od urodzenia miał stulejkę. 4 miesiące temu zauważył tworzenie się guza, który obecnie objął obwodową połowę członka. Gruczoły chłonne pachwinowe były zajęte, więc usunięto je; członek był powyżej połowę długości odjęty. Przy usuwaniu gruczołów chłonnych pachwinowych przypadkowo nacięta została prawa żyła udowa; powstały otwór zaszyto. Zaburzeń żadnych z tego powodu nie było. Kol. Krusche dodał jeszcze, że systematyczne usuwanie gruczołów chłonnych pachwinowych przy rakowatych nowotworach członka nie wystarczą, aby chorego od nowotworów chronić. Powierzchowne naczynia chłonne członka kończą się wszystkie w gruczołach chłonnych pachwinowych: głębokie natomiast przebiegają nie tylko do wspomnianych gruczołów, lecz, jakto wyjaśnił na ostatnim kongresie chirurgów w Berlinie, Kuttner, i do gruczołów chłonnych, znajdujących się wewnątrz miednicy, przeważnie wzdłuż dużych naczyń. Usuwanie tych gruczołów jest niewykonalne.

3) Przerzut mięsakowy w lewej kości udowej. Pierwotny mięsak (lymphosarcoma) znajdował się na szyji. 22-letni chory zauważył tworzenie się nowotworu na szyji w kwietniu r. b. W czerwcu był operowany w jednym ze szpitali warszawskich. Wtedy już zauważono silne bóle, występujące w lewej dolnej kończynie. Z powodu ponownego wyrastania guzu na szyji i opuchnięciu górnej części lewego uda chory wstąpił w sierpniu r. b. do tutejszego szpitała Ś-go Aleksandra. Usunięte zostały guzy na szyji. Guz w górnej części lewego uda był wielkości 2 pięści; operacja wyłuszczenia uda była wtedy

proponowana, lecz chory wypisał się przed wykonaniem takowej. Trzy tygodnie później wrócił z prośbą o natychmiastową operację. Następnego dnia wyłuszczono lewe udo i dwa guzy ponownie wyrosłe na szyji, których nie spostrzeżono przy operacji w sierpniu. Guz w kości udowej zajmował górną trzecią część trzonu i przechodził na otaczające części miękie: środkowa część guza znajduje się w stanie rozpadu; główka i szyjka kości udowej rozmiękczone.

VI. Kol. *Goldblum* przedstawił *preparat nerki*, chorej zmarłej na *renotyphus*. Dnia 19-go września b. r. przyniesioną została do szpitala Ś-go Aleksandra chora, 20 i kilka lat mająca, w stanie zupełnie nieprzytomnym. Znajomi, którzy chorą przywieźli, nie zostawili żadnych bliższych objaśnień. Kolega Ks. Jasiński, który widział chorą dzień przed tem, znalazł ją również w stanie nieprzytomnym, a od osób ją otaczających nie mógł się żadnych szczegółów o początku i dotychczasowym przebiegu cierpienia dowiedzieć. Widział tylko naczynie, pełne krwawego moczu. *Status praesens.* Kobieta dobrze zbudowana, z dobrze rozwiniętą warstwą tłuszczu, nieprzytomna, leży biernie na wznak. Na skórze rozsiane petocie, a na dolnych kończynach kilka podbiegnień krwawych. Z pochwy wydziela się jasnoczerwona, nie cuchnąca krew. Na dolnych kończynach nieznaczny obrzęk. Chora oddaje kał i mocz pod siebie. Ciepłota 38,9. Tętno około 110, nieco napięte, miarowe. Oddech przyśpieszony. Źrenice średnio rozszerzone, na światło oddziaływają. Naokoło otworów nosowych ślady krwotoków. Z jamy ustnej cuchnący odór, ślady krwawienia. Sztyności karku nie ma. W płucach i sercu żadnych zmian nie wykryto. Brzuch od pępka ku dołowi silnie wzdęty, na dotyk bardzo bolesny (chora krzywi twarz i odruchowo się broni). Puchliny brzusznej nie można stwierdzić. Śledziona powiększona, wątroba nie wyczuwa się. Badanie gynekologiczne (kol. Ks. Jasiński) nie wykazało nic nieprawidłowego. Za pomocą cewnika otrzymano zaledwie kilkanaście cm.^{3} mętnego, brudnawo-czerwonego, moczu. Dla tego dokładne zbadanie moczu było niemożebnem; stwierdzono istnienie białka w dużej ilości, a przy badaniu mikroskopowem: wielka ilość leukocytów, czerwonych ciałek krwi, nabłonków nerkowych, odłamki wałeczków ziarnistych i nabłonkowych (ostre krwawe zapalenie nerek). Wobec tego narzucało się pytanie, czy wszystkie powyższe objawy stoją w związku z zapaleniem nerek, czy też to ostatnie jest tylko objawem zakażenia. Silna gorączka, normalnie rozszerzone źrenice, równomierny oddech i brak drgawek, przemawiały przeciwko mocznicy. Z drugiej strony, krwawa diateza (krwotoki z nosa, krwawienie dziąseł, petocie i podbiegnięcia), podrażnienie otrzewnej przemawiały za ogólnem zakażeniem. Ponieważ septyczne zakażenie krwi, wychodzące z organów płciowych, było wykluczone, nie było zaś danych, wskazujących na inne jakieś ognisko umiejscowione, rozpoznałem dur brzuszny powikłany zapaleniem nerek i otrzewnej. Dalszy przebieg cierpienia był następujący: dnia 12-go stan bez zmiany, ciepłota waha się między 38'5 — a 38'9. Chora pokarmów nie przyjmuje. Kał i mocz oddaje pod siebie. Tętno słabo napięte. Dnia 13-go. Status idem. Ciepłota 38,5—38,8. Dnia 14-go. Sinica twarzy, oczy bez

blasku, zamglone, w płucach, z tyłu, przytępienie dochodzące do wysokości połowy łopatki. Tętno nie do zliczenia, bardzo słabo napięte. Po południu zgon.

Sekcja, wykonana we 24 godzin po śmierci, dyagnozę powyższą potwierdziła. Wykazała ona: Oedema pulm. acutum, Hypostasis duplex lobul. inferiorum. Tumor lienis acutus. Wątroba nieco powiększona i w małym stopniu ziarnisto — zwyrodniała. Peritonitis sero-fibrinosa acuta. Gastro-enteritis acuta. W dolnych częściach kiszki krętej kilka blaszek Peyera w stanie nacieczenia zapalnego, które tem jest wyraźniejszem, im bliżej te blaszki kiszki ślepej leżały, a na kilka centym. przed Valv. Bauhini znalazła się jedna blaszka w stanie owrzodzenia. Nephritis parenchymatosa sinistra acuta et nephritis suppurativa dextra, z dużą ilością ropni, przeważnie na zewnętrznej powierzchni nerki rozsianych. Zapalenie surowiczo—włókn. otrzewnej zależało od owrzodzenia kiszki, które sięgało w głąb, nie tworząc jednak wyraźnego przedziurawienia.

Mieliśmy więc do czynienia z przypadkiem „reno-typhi", powikłanym zapaleniem otrzewnej, niezależącem od przedziurawienia.

W braku danych wywiadowych nie podobna odpowiedzieć na pytanie, czy zakażenie umiejscowiło się przedewszystkiem w nerkach, a potem dopiero w kiszkach, co się czasem zdarza, czy też odwrotnie.

Posiedzenie komitetu hygieniczno-sanitarnego z d. 27-go września 1899 r.

I. Sprawą urządzenia odczytów ludowych o ospie podjęli się zająć w najbliższym czasie koledzy: *Goldsobel* i *Wisłocki*.

II. Kol. *Kaufman*: *Projekt organizacji szkoły dla uczonych babek, w Łodzi.* Szkół akuszeryjnych istnieje w Rosji niespełna trzydzieści, z tych kilka rządowych, pozostałe utrzymywane są bądź przez władze autonomicznie, bądź przez osoby prywatne. Istnieją też i inne sposoby przyczyniania się do tej sprawy; tak np. w Kurlandji osoba prywatna udziela zapomóg (stypendjów) kształcącym się na akuszerki; w Odessie istnieje „Tow. pomocy dzieciom i matkom", które: 1) utrzymuje ochronę dla dzieci; 2) wydaje zapomogi położnicom; 3) utrzymuje przytułki położnicze; 4) utrzymuje przy tych — szkołę dla akuszerek i babek. Jak szerokim jest zakres tej instytucji, mogą świadczyć cyfry: budżet roczny wynosi 11,600 rubli; z tego 4697 rubli wpływa jako opłata od uczni szkoły, a 3200 rb. od rodzących. W roku 1891 było w przytułkach 219 rodzących, a w r. 1897-ym: 956.

Te cyfry świadczą, że inicyjatywa i siły stowarzyszeń prywatnych wiele w tym kierunku zdziałać mogą. W naszych warunkach należałoby: Przy istniejących przytułkach utworzyć szkołę uczonych babek; na jej czele postawić starszego lekarza, 2 ordynatorów i akuszerki. Do szkoły przyjmować osoby w wieku lat 18 do 40. Uczenice dzielić na pensjonarki (10) i przychodnie (20). Pensjonarki będą płacić 200 rubli, przychodnie 50 rubli rocznie. Kurs — roczny (dwa półrocza). Posiadające patent z 4-ch klas gimnazjum przyjmować bez egzaminu, inne—poddać egzaminowi przed specjalną komisją. Wykłady w I-em półroczu obejmą teoretyczne i praktyczne pielęgnowanie rodzących, położnic i noworodków, w II-em – naukę badania akuszeryjnego. Egzaminy odbywają się przed komisją, w skład której wchodzi, prócz na-

uczających, p. inspektor lekarski. Fundusze: 1) z opłat przez dwory oddzielne, gminy, miasta, lub uczenice wnoszonych; 2) z ofiar prywatnych,

W dyskusji przyjmowali udział koledzy: *Goldsobel, Pinkus, Sachs, Sterling* i *Wisłocki*. Zdecydowano zmienić następujące ustępy projektu: 1) liczba uczenic ma być taką, by każda z nich w ciągu kursu mogła „prowadzić" 15 porodów; 2) od kandydatek wymagać tylko umiejętności czytania i pisania; wyższy cenzus naukowy i wyższy stopień rozwoju umysłowego daje pierwszeństwo.

III. Uchwalono, że przedstawicielem Komitetu na zebraniu Komisji Towarz. Hygjen. Warszawskiego, mającej ułożyć regulamin dla oddziałów tegoż towarzystwa—będzie kol. *Sterling*.

IV. Kol. *Pinkus* proponuje, by Tow. podjęło się sprawy ustanowienia stałych lekarzy—rzeczoznawców do spraw traumatyzmu fabrycznego. Uchwalono: Towarzystwo sprawami takiemi może się zająć dopiero wtedy, gdy je o to władze fabryczne urzędownie poproszą.

WIADOMOŚCI DROBNE.

—*m*— Prof. Wicherkiewicz stosuje protargol w rozczynach 5%—25% przy zapalnych cierpieniach spojówki, rogówki i woreczka łzowego. Zadziwiająco skutecznym okazał się ten środek w leczeniu rzerzączkowego zapalenia spojówki noworodków. Autor przy tem cierpieniu wyciera raz na dzień spojówkę watą, napojoną 20% rozczynem protargolu, następnie zakłada maść borowa (3%) lub sublimatową (1:10.000). Prócz tego zaleca zapuszczać co godzinę 3% rozczyn protargolu. W leczeniu wrzodów rogówki, powstałych na tle zakażenia dwoinkami Neissera, autor otrzymał także świetne rezultaty. Również bardzo dobre wyniki otrzymał autor w leczeniu ropnych zapaleń woreczka łzowego. (Wstrzykiwanie 10%—20% raz lub dwa dziennie). Przy ostrych zapaleniach spojówki i przy jaglicy przewlekłej środek ten okazał się mało skutecznym.

— W szpitalu miejskim w *Monachjum* urządzono w dwu oddzielnych budynkach, z których każdy tworzy czworobok, z podwórzem pośrodku, *oddział mechaniczno i wodo-leczniczy*. Znajdujemy tam urządzenia wodolecznicze, najdoskonalsze i najróżnorodniejsze; łaźnię; kąpiele rzymskie; jeziorko; kąpiele lekarskie: piaskowe, z kwasem węglanym, elektryczne, fango, siarczane,borowinowe;inhalatorium; gabinety pneumatyczne; gabinety do miesienia; kompletne urządzenie Zanderowskie; sale gimnastyczne.

Kiedy nasze *nowe* szpitale będą tak leczyły chorych, jak ten stary szpital?

— Jeśli *chory na raka* był raz, lub parę razy, operowany i niema widoków by mu ponowna operacja pomogła, następuje ostatni akt tragedji—pozostawienie chorego jego losowi.

Dopóki „krajano“—chory miał jakąś nadzieję; gdy zaprzestano—i tę traci, t. j. traci tę jedyną dźwignią, która podtrzymywała gasnące siły. Otoczenie chorego najusilniej walczy przeciw tej utracie nadziei, bo tylko jej promienie oświecają ponure dni męczeństwa tych skazańców. Na nieszczęście, wielu z nas uważa, że nie należy już leczyć tych nieszczęśliwych, tych tradycyjnie „nieuleczalnych“ — pogląd rażąco sprzeczny nietylko z uczuciami humanitarnemi, ale wprost z zadaniami umiejętności lekarskiej.

Albowiem nie jest sztuką tam być lekarzem, gdzie sama natura pomaga.

Prawdziwa sztuka lekarska tam się dopiero zaczyna, gdzie natura pomocy *odmawia*. Więc większym czynem jest osiągnąć *najmniejszy wynik dodatni* w przypadku uważanym za nieuleczalny, aniżeli ogłaszać o „cudownem uleczeniu,“ które lekarzowi szczęśliwemu natura z łaski rzuciła.

A skutkiem namacalnym tego zaniedbania przez lekarzy chorych nieuleczalnych jest, że ci chorzy szukają i znajdują pomoc—po za obrębem medycyny, u znachorów, bab i owczarzy.

(*Adamkiewicz*. Zeitsch. f. Krankenpfl. 6. 99).

— Na XXIV zjeździe Niem. Tow. Publicznej ochrony zdrowia (13—16, IX. 99) uchwalono następujące dezyderaty w sprawie *lekarzy szkolnych:*

1) *W każdej* szkole musi być czynny lekarz odpowiednio wykształcony.

2) Obowiązki lekarza szkolnego: a) dozorowanie zdrowotności urządzeń szkolnych; b) dozorowanie hygjeny nauczania; c) opiekowanie się zdrowiem uczniów (choroby zakaźne, braki cielesne, wychowanie fizyczne).

3) Gminy większe powinny mianować lekarzy wspólnych dla kilku szkół ludowych i średnich. W większych miastach istnieć powinien inspektor lekarzy szkolnych. W małych gminach państwo uposaża lekarzy szkolnych; toż samo tyczy zakładów naukowych wyższych. Szkoły prywatne należy poddać nadzorowi lekarzy państwowych lub gminnych. Lekarze szkolni należą do wszelkich komisji dozoru nad szkołami.

4) W łonie wyższych rad szkolnych powinni zasiadać fachowi hygjeniści. Kierownicy szkół powinni słuchać specjalnych kursów hygjeny.

5) Wszyscy nauczyciele i nauczycielki muszą znać podstawy hygjeny. Hygjena musi być przedmiotem obowiązkowym w seminarjach nauczycielskich; każdy kończący seminarjum musi otrzymać dostateczny stopień z hygjeny.

Komitet Redakcyjny: J. Bireneweig, B. Handelsman, K. Jasiński, K. Jonscher, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, C. Stankiewicz

Wydawca: Dr. J. Koliński. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 2-го Октября 1899 г.

W drukarni K. Kolińskiej, Łódź, Średnia 23.